

Antônia Lêda Oliveira Silva
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
Maria de Lourdes de Farias Pontes
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **EM DIFERENTES** ABORDAGENS SOBRE O CUIDADO

1º Edição

São José dos Pinhais

BRAZILIAN JOURNALS PUBLICAÇÕES DE PERIÓDICOS E EDITORA

2022



Antônia Lêda Oliveira Silva
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
Maria de Lourdes de Farias Pontes
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

**Sistematização da assistência
de enfermagem em diferentes
abordagens sobre o cuidado**

1º Edição

**Brazilian Journals Editora
2022**

2022 by Brazilian Journals Editora
Copyright ©Brazilian Journals Editora
Copyright do Texto ©2022 Os Autores
Copyright da Edição ©2022 Brazilian Journals Editora
Editora Executiva: Barbara Luzia Sartor Bonfim
Diagramação: Sabrina Binotti Alves
Edição de Arte: Sabrina Binotti Alves
Revisão: Os autores

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

CONSELHO EDITORIAL

Antônia Lêda Oliveira Silva (UFPB-Br)
Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge (UFPB-Br)
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez (USP/SP-Br)
Claudia Batista Melo (UFPB-Br)
Edilene Araújo Monteiro (UFPB-Br)
Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal (UFCG-Br)
Gilka Paiva Oliveira Costa (UFPB-Br)
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UFPB-Br)
Maria de Lourdes de Farias Pontes (UFPB-Br)
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi (UFPB-Br)
Mariana Albernaz Pinheiro De Carvalho (UFCG-Br)
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (EERP/USP-Br)
Susanne Pinheiro Costa e Silva (UFPB-Br)
Valeria Peixoto Bezerra (UFPB-Br)



Ano 2022

AUTORES

Adriana Mafra Brienza (EERP/USP-Br)
Aline Alcântara Pimenta (PMP/MG-Br)
Ana Margarida Molhinho Advinha (EU-Pt)
Andréia Martins Specht (ES-UNISINOS-Br)
Antônia Lêda Oliveira Silva (UFPB-Br)
Bárbara Maria S. Pereira Wanderley (UFPB-Br)
Camila Navarro Rocha Saraiva (UFPB-Br)
Cristina Maria Alves Marques Vieira (UCP-Pt)
Daniel Filipe Saraiva (CHPL/REHAB-Pt)
Dirce Stein Backes (UFN-Br)
Edilene Araújo Monteiro (UFPB-Br)
Eugenia Velludo Veiga (EERP/USP-Br)
Francine Golghetto Casemiro (EERP/USP-Br)
Francisca Leneide Gonçalves Pereira (UFPB-Br)
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt (UFPB-Br)
Helena Maria Guerreiro José (UA-Pt)
Jacira dos Santos Oliveira (UFPB-Br)
Jack Roberto Silva Fhon (USP-Br)
Jeane da Silva Rocha Santos (UFPB-Br)
José Carlos Pinto Magalhães (ESEL-Pt)
José Pena Esperto (HLL-Pt)
Julia Trevisan Martins (UEL-Br)
Karoline de Lima Alves (UFPB-Br)
Luís Manuel Mota de Sousa (UE-Pt)
Manuel José Lopes (UE-Pt)
Maria Auxiliadora Pereira (UFPB-Br)
Maria de Lourdes de Farias Pontes (UFPB-Br)
Maria do Céu Marques (UE-Pt)
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (UFPB-Br)
Maria Miriam Lima da Nóbrega (UFPB-Br)
Maria Sofia Oliveira Martins (UE-Pt)
Marineuma Martins (UFPB-Br)
Marta Ferreira de Carvalho (UFPB-Br)

Miguel Joaquim Nunes Serra (ESEL-Pt)
Neyce de Matos Nascimento (UFPB-Br)
Nuno Antunes (HSFX-Pt)
Patrícia Josefa Fernandes Beserra (UFPB-Br)
Paulo César Lopes Silva (USI/BA-Pt)
Rafella Queiroga Souto (UFPB-Br)
Rosalina A. Partezani Rodrigues (EERP-USP/Br)
Saneyde de Carvalho Almeida (UFPB-Br)
Sergio Valverde Marques dos Santos (UEMG-Br)
Silomar Ilha (UFN-Br)
Silvana Sidney Costa Santos (FURG/RS-Br)
Silvania Katiussa de Assis Gomes (UFPB-Br)
Simone Rose Silva de Oliveira Cabral (UFPB-Br)
Tatiana Dias de Carvalho Cordeiro (UFPB-Br)
Valéria Peixoto Bezerra (UFPB-Br)
Yolanda Dora Martinez Évora (EERP/USP-Br)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Sistematização da assistência de enfermagem e diferentes abordagens sobre o cuidado [livro eletrônico] / Antônia Lêda Oliveira Silva...[et al.]. -- 1. ed. -- São José dos Pinhais, PR: Brazilian Journals, 2022. PDF.

Outros autores: Greicy Kelly Gouveia Dias
Bittencourt, Maria de Lourdes de Farias Pontes,
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.

Bibliografia.

ISBN 978-65-81028-39-8

DOI 10.35587/brj.ed.0001504

1. Enfermagem 2. Enfermagem - Estudo e ensino
I. Silva, Antônia Lêda Oliveira. II. Bittencourt,
Greicy Kelly Gouveia Dias. III. Pontes, Maria de
Lourdes de Farias. IV. Robazzi, Maria Lúcia do
Carmo Cruz.

22-110017

CDD-610.7307

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem: Estudo e ensino 610.7307

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Brazilian Journals Editora

São José dos Pinhais – Paraná – Brasil

www.brazilianjournals.com.br

editora@brazilianjournals.com.br

APRESENTAÇÃO

Antônia Lêda Oliveira Silva
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
Maria de Lourdes de Farias Pontes
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

A Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, no sentido de publicizar a qualidade do Programa e, também valorizar a sua produção técnico-científica, divulga junto à comunidade acadêmica o livro: *Sistematização da Assistência de Enfermagem e Diferentes Abordagens sobre o Cuidado*, destinado a enfermeiros (as) e estudantes de Enfermagem interessados na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Esta obra é constituída por dezesseis capítulos, sendo dez deles, gerados a partir das dissertações de alunas do Programa, centrados em pesquisas abordando a SAE, contemplado no Edital 27/2016 do Acordo CAPES/COFEN, além de outros seis capítulos de alunos e de colaboradores do Programa e de colegas internacionais, fruto de parcerias acadêmicas com distintas universidades.

Os conteúdos contemplam temáticas e/ou objetos de estudos de abordagens metodológicas diversas, centradas na área de Atenção à Pessoa Idosa e temas de interesse sobre diferentes abordagens dos cuidados em Enfermagem.

PREFÁCIO

Andréia Martins Specht

Prezados leitores!

Recebi com grande entusiasmo o convite para prefaciar a obra “*Sistematização da Assistência de Enfermagem e Diferentes Abordagens sobre o Cuidado*”.

É notório o envelhecimento populacional em nosso país - processo de transição demográfica populacional consolidado há décadas - que nos leva, enquanto profissionais da saúde, a nos sensibilizarmos com demandas específicas desse grupo e nos desafia diante da necessidade de pautarmos nossa prática assistencial baseada em conhecimentos atualizados.

A sistematização da assistência de enfermagem nos traz ferramentas para gerirmos e direcionarmos nosso fazer profissional em busca dos melhores resultados, proporcionando cuidado de enfermagem individualizado, seguro e de qualidade. A necessidade de fundamentarmos nossa prática assistencial baseada em conhecimentos sólidos e atualizados traz espaço para publicações como esta, que aborda em 16 capítulos temas diversos e relevantes.

O Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, contando com corpo docente renomado e alunos comprometidos com seu processo formativo, nos traz neste livro uma abordagem ampla, ancorada nos preceitos científicos, direcionada a sanar necessidades observadas junto ao cuidado dos indivíduos idosos.

A utilização deste livro nos mais diversos espaços de formação, de atualização e de aperfeiçoamento profissional possibilitará aos colegas e alunos um diferencial na busca pelas melhoras práticas de cuidado em enfermagem.

Tenho certeza que essa obra será um grande sucesso.

Desejo a todos uma excelente leitura!

SUMÁRIO

PARTE I - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

CAPÍTULO 01 - INSTRUMENTO COM DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS COM DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS

MARINEUMA MARTINS

KAROLINE DE LIMA ALVES

EDILENE ARAÚJO MONTEIRO

MARIA AUXILIADORA PEREIRA

VALÉRIA PEIXOTO BEZERRA

1

DOI:10.35587/brj.ed.0001740

CAPÍTULO 02 - SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA: UM GUIA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

SIMONE ROSE SILVA DE OLIVEIRA CABRAL

KAROLINE DE LIMA ALVES

JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA

VALÉRIA PEIXOTO BEZERRA

35

DOI:10.35587/brj.ed.0001741

CAPÍTULO 03 - PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM IDOSOS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

SILVANIA KATIUSSA DE ASSIS GOMES

MARIA DE LOURDES DE FARIAS PONTES

72

DOI:10.35587/brj.ed.0001742

CAPÍTULO 04 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA
PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS
BÁRBARA MARIA SOARES PEREIRA WANDERLEY
GREICY KELLY GOUVEIA DIAS BITTENCOURT **96**
DOI:10.35587/brj.ed.0001743

CAPÍTULO 05 - SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE
ENFERMAGEM AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM
DECLÍNIO COGNITIVO
NEYCE DE MATOS NASCIMENTO
RAFELLA QUEIROGA SOUTO **134**
DOI:10.35587/brj.ed.0001744

CAPÍTULO 06 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE
SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM
DEPRESSÃO: PROPOSTA DE HISTÓRICO DE
ENFERMAGEM
JEANE DA SILVA ROCHA SANTOS
GREICY KELLY GOUVEIA DIAS BITTENCOURT **170**
DOI:10.35587/brj.ed.0001745

CAPÍTULO 07 - SISTEMATIZAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM PARA PESSOA IDOSA COM DOR
CRÔNICA
MARTA FERREIRA DE CARVALHO
KAROLINE DE LIMA ALVES
ANTÔNIA LÊDA OLIVEIRA SILVA **189**
DOI:10.35587/brj.ed.0001746

CAPÍTULO 08 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PARA O DIAGNÓSTICO SOLIDÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS
SANEYDE DE CARVALHO ALMEIDA

MARIA DE LOURDES DE FARIAS PONTES
DOI:10.35587/brj.ed.0001747

230

CAPÍTULO 09 - CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO

CAMILA NAVARRO ROCHA SARAIVA
PATRÍCIA JOSEFA FERNANDES BESERRA
MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA
DOI:10.35587/brj.ed.0001748

248

CAPÍTULO 10 - MODELO DE ANÁLISE DO PROCESSO INTERATIVO (MAPI) EM IDOSOS COM DEPRESSÃO ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

FRANCISCA LENEIDE GONÇALVES PEREIRA
KAROLINE LIMA ALVES
ANTÔNIA LÊDA OLIVEIRA SILVA
GREICY KELLY GOUVEIA DIAS BITTENCOURT
DOI:10.35587/brj.ed.0001749

285

PARTE II - DIMENSÕES DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

CAPÍTULO 11 - GESTÃO DA MEDICAÇÃO EM IDOSOS – PERSPETIVAS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

ANA MARGARIDA MOLHINHO ADVINHA
MANUEL JOSÉ LOPES
MARIA SOFIA OLIVEIRA-MARTINS
DOI:10.35587/brj.ed.0001750

320

CAPÍTULO 12 - A INTERVENÇÃO HUMOR EM ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

LUÍS MANUEL MOTA DE SOUSA

CRISTINA MARIA ALVES MARQUES-VIEIRA
PAULO CÉSAR LOPES SILVA
MARIA DO CÉU MARQUES
HELENA MARIA GUERREIRO JOSÉ
DOI:10.35587/brj.ed.0001751

345

CAPÍTULO 13 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA REALIDADE

ALINE ALCÂNTARA PIMENTA
SERGIO VALVERDE MARQUES DOS SANTOS
ADRIANA MAFRA BRIENZA
JULIA TREVISAN MARTINS
YOLANDA DORA MARTINEZ ÉVORA
EUGENIA VELLUDO VEIGA
MARIA LÚCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI
DOI:10.35587/brj.ed.0001752

378

CAPÍTULO 14 - ALTERAÇÕES VISUAIS NO ENVELHECIMENTO - ENSINO BASEADO EM CENÁRIO DE SIMULAÇÃO

TATIANA DIAS DE CARVALHO CORDEIRO
FRANCINE GOLGHETTO CASEMIRO
JACK ROBERTO SILVA FHON
ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES
DOI:10.35587/brj.ed.0001753

411

CAPÍTULO 15 - (GERONTO) TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS COMPLEXAS NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS

SILOMAR ILHA
SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS
DIRCE STEIN BACKES
DOI:10.35587/brj.ed.0001754

442

CAPÍTULO 16- GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM CONTEXTO DESPORTIVO

JOSÉ PENA ESPERTO

NUNO ANTUNES

DANIEL FILIPE SARAIVA

MIGUEL JOAQUIM NUNES SERRA

JOSÉ CARLOS PINTO MAGALHÃES

CRISTINA MARIA ALVES MARQUES-VIEIRA

DOI:10.35587/brj.ed.0001755

479

PARTE I

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA**

CAPÍTULO 01

INSTRUMENTO COM DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS COM DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS

**Marineuma Martins
Karoline de Lima Alves
Edilene Araújo Monteiro
Maria Auxiliadora Pereira
Valéria Peixoto Bezerra**

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno que está ocorrendo de forma preocupante e inevitável, uma vez que faz parte do processo da vida, sendo marcado por mudanças biopsicossociais específicas, onde ocorrem influências genéticas, do meio ambiente e do estilo de vida de cada pessoa (SILVA, 2011).

Com envelhecimento, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), realidade de acometimento com maior prevalência em faixas etárias mais avançadas, requerem cuidados contínuos e de elevado custo, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Entretanto, as pessoas idosas também adquirem/convivem com doenças infecciosas e parasitárias, que também são consideradas causas de internamento hospitalar (CASTRO, *et al.*, 2013).

Nesse sentido, os serviços de saúde no Brasil não estão equipados com recursos humanos, materiais tecnológicos e alternativos para atender eficazmente as doenças que acometem as pessoas idosas. Os gastos com a hospitalização com esse grupo populacional tendem a ser mais elevados e o tempo de internação no leito é mais prolongado do que por indivíduos de outras faixas etárias (CASTRO, *et al.*, 2013).

A pessoa idosa necessita de uma atenção especial por parte de serviços de saúde, e o enfermeiro, compondo a equipe multiprofissional, precisa estar preparado para atender a esta população e às suas necessidades. Considerando que a equipe de Enfermagem é a que está em maior parte do tempo junto à pessoa idosa hospitalizada, reflete-se a otimização e a eficácia do cuidado prestado por essa equipe, caso disponha utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em sua prática. Entende-se, portanto, que a partir da SAE o enfermeiro irá direcionar sua assistência de forma mais precisa à esta clientela e consequentemente promover uma recuperação mais rápida à mesma (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

A Enfermagem utiliza como o referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), no qual é considerada a arte de assistir o

ser humano buscando atender suas necessidades humanas básicas, e ao mesmo tempo tornando-o independente desta assistência o quanto possível. É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar quando parcialmente impossibilitado de auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar, encaminhar a outros profissionais/serviços. As Necessidades Humanas Básicas são utilizadas nas seguintes fases do Processo de Enfermagem: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento, Intervenção e Avaliação (NÓBREGA, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Os diagnósticos são a base para escolhas das intervenções sobre influências genéticas, do meio ambiente e do estilo de vida de cada pessoa (SILVA, 2011). Assim, os diagnósticos de enfermagem são de suma importância para elaborar o plano de cuidado a ser prestado pelo Enfermeiro (POLIT; BECK, 2011).

Nesse aspecto, na Clínica de Doenças Infecto Parasitária (CDIP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), local de desenvolvimento do estudo, atende uma

clientela de todas as faixas etárias, sendo necessário um olhar específico e diferenciado à pessoa idosa. Esse grupo tem características próprias da faixa etária, como: “receio de falar determinado assunto na presença do acompanhante”, “ter dificuldade de se expressar por dislalia ou disfasia” e “ter retardado o tempo de emissão de respostas”, ou ter outros fatores que interfiram nas suas respostas durante a admissão e durante o internamento, dentre outras necessidades, quer e querem um norteammento detalhado e planejado da assistência do enfermeiro por meio de instrumentos de sistematização da assistência.

Inferese-se que o enfermeiro, no atendimento à pessoa idosa, necessita dispor de conhecimento técnico e científico, uma vez que além de necessidades próprias, essa população tem seus direitos assegurados por normas, legislação e políticas nacionais específicas, e isso requer além da consideração de ações que visem às limitações desse público, uma contribuição para a manutenção e promoção da saúde e autonomia defendida pela legislação (SAMPAIO, *et al.*, 2011).

O Histórico de Enfermagem existente na CDIP é de caráter generalista e a população idosa não é contemplada especificamente. O plano de cuidados de enfermagem com diagnósticos e intervenções de enfermagem também

existente nesse serviço é realizado diariamente pelas enfermeiras em um formulário próprio e preenchido manualmente, porém a população idosa com suas especificidades, geralmente, requer maior tempo ao traçar e planejar Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, fazendo com que um instrumento precise objetivar a sistematização da assistência.

Acredita-se que a construção de um instrumento com Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para as pessoas idosas (do tipo *checklist*) possa exercer função importante enquanto contributo à Assistência de Enfermagem de forma mais eficaz e ágil. Sabe-se que a aplicação do processo de enfermagem favorece o raciocínio clínico e o julgamento crítico próprio da atuação do enfermeiro, e mesmo com a legislação vigente, ainda há dificuldades para implementá-lo na prática assistencial, o que corrobora a justificativa de desenvolvimento de instrumentos que o possibilite de ser implementado.

Assim, a elaboração de um instrumento para implementar a sistematização de enfermagem à pessoa idosa na CDIP do HULW contribuirá com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada à esta clientela e este capítulo objetivou em apresentar um instrumento para a implementação do processo de

enfermagem contendo os Diagnósticos/ e Intervenções de Enfermagem ao idoso com doenças Infecto Parasitárias hospitalizados na referida clínica , com o intuito em subsidiar a prática clínica do enfermeiro assistencial para esse grupo populacional.

2. ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E PARASITÁRIAS

No mundo, a projeção de futuro é a de que, em 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com idade superior a sessenta anos e a maioria vivendo em países em desenvolvimento (TAHAN; CARVALHO, 2010). No Brasil, a projeção para o ano de 2025, calcula que população seja composta de 30 milhões de pessoas, representando 13,6% da população total estimada para a época. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o aumento da expectativa de vida compreendida como importante conquista social, devido às melhorias dos avanços tecnológicos, à ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, ao saneamento básico, água encanada, aumento da escolaridade, renda, entre outros fatores sociais que contribuem com a qualidade

de vida e, consequentemente, com a maior longevidade (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, se a expectativa de vida não for acompanhada de mudanças no estilo de vida e adoção de comportamentos saudáveis, o indivíduo vai envelhecer sem qualidade de vida. A pessoa idosa só é considerada saudável se for capaz de manter sua autodeterminação e dispensar qualquer ajuda ou supervisão para agir no seu cotidiano, mesmo que possua uma ou mais doença crônica (FERREIRA, *et al.*, 2012).

As alterações fisiológicas atreladas ao processo de envelhecimento, quando negligenciadas contribuem para o aparecimento de complicações, que podem causar uma das cinco síndromes geriátricas, ou sejam, instabilidade postural, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e isolamento social (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). À pessoa idosa quando está doente fica muito fragilizado, tanto emocionalmente, como fisicamente, sente medo, insegurança, necessita de uma assistência, integral e humanizada e temos que dispor de cuidados especiais, de forma que não agrave seu estado de saúde.

Segundo estudo realizado em 2013, no Brasil, sobre o perfil de internações hospitalares de idosa no Sistema Único de Saúde, foi constatado que as doenças infecciosas

e parasitárias estão dentro das principais causas de internamento hospitalar desta população (CASTRO, 2013).

Esse cenário no Brasil teve a contribuição da epidemia do HIV/Aids, que vem mostrando alterações no perfil epidemiológico, com o crescimento do número de idosos infectados pelo vírus, mais especificamente de mulheres idosas, devido a fatores de vulnerabilidade em que o idoso se encontra, tais como: a falta de prevenção, os tabus que envolve a sexualidade deles, além dos meios tecnológicos para melhorar o desempenho sexual (FERREIRA, *et al.*, 2017).

Ressalta-se que o aumento do índice da contaminação de idosos pelo HIV/ Aids, são provocadas por mudanças socioculturais, na sexualidade e no acesso ao tratamento com antirretrovirais. No aspecto social, o idoso vive com o estigma de estar com HIV, o medo dos familiares e a comunidade descobrirem a doença, a diminuição dos recursos financeiros e da qualidade de vida (SERRA, *et al.*, 2013).

A pessoa idosa não está livre de adquirir, uma doença infecciosa e parasitária, conforme estudo realizado em um Hospital escola, que registra as principais causas de internamento pelas patologias como hepatites virais,

dengue, varicela, meningite, tétano e tuberculose (ANDRADE, *et al.*, 2013).

3. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA POPULAÇÃO IDOSA COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E PARASITÁRIAS

No Brasil, o processo de Sistematização da Enfermagem foi instituído pela Teoria de Wanda Horta, que é baseada e fundamentada cientificamente na assistência de enfermagem. Logo após houve a criação das taxonomias, com o intuito de uma padronização dos diagnósticos e intervenções (MALAGUTTI; MIRANDA, 2011). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser implementada em todos os serviços onde tenha profissional de enfermagem trabalhando, por exigência do Conselhos de Enfermagem local e nacional. Nos serviços onde tem a SAE já implementada, ela contribui com a organização do serviço do enfermeiro, deixando registrado a assistência prestada ao paciente, e tem como supervisionar a assistência de enfermagem prestada pelos Técnicos e auxiliares de Enfermagem (ZANARDO; ZANARDO; KAEFER 2011).

Sendo assim, o Processo de Enfermagem (PE) é uma estratégia utilizada pelo enfermeiro e equipe de

enfermagem, na organização do cuidado prestado ao paciente, e para isto, tem sua organização metodológica por meio de etapas estabelecidas pela SAE e embora seja elemento obrigatório pelo Conselho Federal de Enfermagem desde o ano de 2009, ainda encontra entraves e dificuldades na sua aplicabilidade (COFEN, 2009).

No ambiente hospitalar de Doenças Infecto Parasitária, as pessoas são tratadas durante dias de internamento e geralmente se recuperam, sendo incluída também as pessoas idosas que se recuperam com frequência. Uma assistência de enfermagem adequada e individualizada é essencial para uma boa recuperação do indivíduo, para que isto ocorra, é necessário ter um diagnóstico e assistência adequada. Os diagnósticos de Enfermagem identificam a situação de saúde/doença dos indivíduos internados, direcionando o planejamento da assistência de forma individual e integral, fundamentado no conhecimento científico (TRUPPEL, *et al.*, 2009).

Portanto observa-se na prática, que a SAE está sendo implementada em muitos serviços, embora que, nem sempre seja realizada rotineiramente em todos os pacientes, mesmo sendo imprescindível para consolidação de uma boa assistência de enfermagem. Acredita-se na viabilidade dos registros de enfermagem como instrumento de organização

do trabalho dos Enfermeiros e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, inclusive na documentação de todas as etapas da SAE (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). Portanto, é necessário que os profissionais de enfermagem unam esta afirmativa, para, então, torná-la concreta na prática assistencial.

Atualmente, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é a única classificação de enfermagem aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como relacionada à Família de Classificação da Classificação Internacional de Doenças-CID, que vem sendo utilizada em muitos países do mundo, inclusive no Brasil, com a finalidade de propiciar o estabelecimento de uma linguagem comum, que represente os conceitos e os cuidados da prática de enfermagem (NÓBREGA, 2011).

Uma das taxonomias de diagnóstico de enfermagem mais utilizada atualmente é o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem conhecido como North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA-I). A North American Nursing Diagnosis Association Internacional surgiu por meio de um grupo de enfermeiros da Associação Norte-Americana de Enfermagem por meio da necessidade de identificar, organizar e classificar os diagnósticos de enfermagem (NÓBREGA, *et al.*, 2008).

Na versão atualizada utiliza a Taxonomia II, que consta de 217 diagnósticos de enfermagem aprovados. A identificação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções específicas, como parte do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, podem auxiliar os enfermeiros no cuidado ao idoso nos diferentes cenários de prática profissional, promovendo, em especial, melhoria em sua qualidade de vida. Destaca-se que o estudo dos diagnósticos de enfermagem é primordial, por ser um instrumento que auxilia na aplicação de planejamento, realização e avaliação dos cuidados de enfermagem, porém ainda é um desafio, pois necessita de planejamento resolutivo e capacitação dos enfermeiros para assistir a população idosa (HERDMAN, *et al.*, 2018).

Ao enfermeiro compete funções de ordem administrativa, assistencial, educativa, e de pesquisa. Por conseguinte, ressalta-se a importância da utilização do processo de enfermagem como ferramenta essencial de trabalho nas instituições a ser executado por toda a equipe de enfermagem. O processo de enfermagem, quando implementado nas instituições, possibilita a organização do cuidado por diminuir o risco de dependências físicas da pessoa idosa, por possibilitar determinantes de saúde

através da avaliação contínua da capacidade funcional, e por estabelecer metas requeridas frente às necessidades da pessoa idosa, de forma individualizada (SOUSA, 2010).

A hospitalização da pessoa idosa necessita de uma assistência humanizada e torna-se essencial que a equipe de enfermagem ofereça uma atenção que valorize a comunicação com esse ser, que se torna vulnerável devido à doença, escutando-o com atenção, procurando oferecer-lhe informações de forma clara e objetiva e atendendo-o em suas dúvidas e inquietações. Assim, a prática do cuidado na enfermagem geriátrica deve ser articulada ao processo de cuidar integral, direcionando a pessoa idosa em seu contexto de vida (DIAS, *et al.*, 2015).

O Enfermeiro ao assistir uma pessoa idosa durante a hospitalização necessita identificar o estado funcional e enfermidade que é acometido esta pessoa e a idade também é importante como critérios de atendimento, para saber se o paciente tem condições de desempenhar as funções sociais e atividades de vida diárias sem auxílio de outra pessoa (MENEGUINN; BANJA; DA SILVA, 2017).

A Assistência de enfermagem deve ser realizada com base no conhecimento em gerontologia e a realidade da pessoa idosa, desempenhando o cuidado em enfermagem de forma humana e holística, valorizando a individualidade

do paciente, visando uma assistência de qualidade e integral à pessoa idosa hospitalizada (DIAS, *et al.*, 2015).

4. CONSTRUINDO O INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E PARASITÁRIAS

Para a construção do instrumento para aplicação do processo de enfermagem aos idosos com doenças transmissíveis e parasitárias foi realizada uma pesquisa na CDIP do HULW/UFPB, em João Pessoa – PB.

A CDIP possui 35 leitos para internação de pacientes de todas as faixas etárias com doenças infecciosas e parasitárias, além de acidente ofídico, escorpiônico e aranhismo. Essa clínica atende pacientes procedentes de todo estado da Paraíba e é o único local da grande João Pessoa que tem soro antiofídico, soro antiescorpiônico e soro antiaracnídeo. Apesar do HULW, ser considerado um hospital-escola e adotar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2014), a referida clínica não disponibiliza leitos específicos para pacientes geriátricos, embora atenda esse grupo populacional em suas demandas.

Os participantes do estudo foram compostos pela base populacional de 13 enfermeiras que atuam na CDIP,

sendo excluídas aquelas que se encontraram afastadas das suas atividades laborais durante a etapa de coleta de dados.

Para atender essa etapa metodológica, inicialmente foi elaborado um questionário construído em três partes, sendo a primeira referente uma carta de esclarecimento aos participantes sobre as questões abordadas no presente instrumento; a segunda parte trata da caracterização dos participantes e a terceira com 59 Diagnósticos de Enfermagem com suas respectivas Intervenções de Enfermagem, já validados e publicados no livro de “Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, para cliente hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB, utilizando a CIPE® (NÓBREGA, 2011).

Concluído a formatação do instrumento com os diagnósticos e intervenções de enfermagem para o planejamento da assistência de enfermagem à pessoa idosa, seguiu com a sua apresentação aos enfermeiros da CDIP no horário laboral. Nessa ocasião, as enfermeiras foram informadas sobre os objetivos do estudo e atendidas os aspectos éticos com a formalização da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Em seguida foi entregue o instrumento a cada enfermeira para confirmar a sua relevância e pactuada a data de sua devolução. Essa etapa foi realizada durante o período de

janeiro de 2019. Vale destacar que não foram excluídos enfermeiros para a participação por não atenderem aos critérios de exclusão estabelecidos.

Os dados referentes aos DE e IE considerados relevantes pelos enfermeiros foram calculados utilizando-se o Índice de Concordância (IC) para cada diagnóstico e intervenção de enfermagem, segundo a fórmula: $IC = NC / (NC + ND)$, sendo NC=Número de concordância e ND=Número de discordância (MATOS, 2014).

Para a análise dos dados foram considerando os DE e IE como relevantes àqueles termos que alcançaram um $IC \geq 0,90$ entre enfermeiros (POLIT; BECK, 2006) e para a construção do instrumento (produto) foi estabelecido os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que obtiveram o $IC = 1,0$.

Esse critério para os DE e IE para elaboração do instrumento proposto ($IC = 1,0$) se deve por entender possibilidades de um instrumento com uma grande demanda de diagnósticos e intervenções que não teria aceitação pelos enfermeiros da clínica para sua utilização na prática e não atenderiam aos anseios e realidades do grupo.

Ainda, considerando que unidades de internações do HULW utilizar instrumentos para SAE com aporte teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta (HORTA,

1979), a exemplo da Clínica Médica A e B, foi preconizado que o presente instrumento segue os modelos de construção daqueles já utilizados na prática dos enfermeiros nesses setores.

A presente proposta de estudo encontra-se vinculado ao macroprojeto do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia e intitulado “Políticas práticas e tecnologias inovadoras para o cuidado na atenção à saúde da pessoa idosa”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, com o CAAE: 67103917.6.0000.5188 e do Parecer nº: 2.190.153.

Ainda nesse estudo foram respeitadas as observâncias éticas contidas na Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL;2013) e a Resolução do COFEN 564/2017 do Código de Ética, que envolvem os procedimentos de menção a estudos de autorias diversas com a devida citação dos autores (COFEN,2017)

O instrumento foi validado pelos enfermeiros que atuam na CDIP para confirmar se era relevância ou não relevante, sendo considerados os critérios de exclusão dos participantes aquele que se encontrar ausente do trabalho, por motivo de férias ou de atestado médico. Para isso, foi entregue a enfermeira duas cópias impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma cópia do

instrumento, e nesse momento foi entregue pela participante uma cópia do TCLE assinado e pactuada uma data para a devolução do instrumento preenchido.

Das 13 enfermeiras participantes do estudo, 02 Enfermeiras são coordenadoras da clínica e 11 Enfermeiras são assistenciais, com idade entre 29 a 53 anos e experiência profissional de 04 meses a 16 anos. Quanto à qualificação, 02 cursaram pós-graduação à nível *strictu sensu* (mestrado), todas enfermeiras possuem pós-graduação com nível *lato sensu* (especialização) e 03 se encontram cursando mestrado.

Dessas enfermeiras, 04 afirmaram a realização de atividade de orientação de monografias de especialização, 02 com Trabalho de Conclusão de Curso de graduação (TCC) e 02 publicaram artigos científicos.

Os dados referentes aos 59 Diagnósticos de Enfermagem-DE e as respectivas 452 Intervenções de Enfermagem - IE estabelecidas no instrumento, 50 DE alcançaram o Índice de Concordância (IC) $\geq 0,90 \%$, consequentemente 09 DE foram excluídos por apresentarem um IC inferior ao estabelecido, ou seja, não foram considerados relevantes pelos enfermeiros para os idosos. Das 452 IE referentes aos DE, 295 atenderam ao IC de $\geq$

0,90 %, sendo assim, 157 IE não atenderam o IC e consequentemente não foram relevantes.

Na Necessidade Psicobiológica - Oxigenação, todos DE atingiram $IC \geq 0,9$, considerados relevantes, ou seja: **Dispneia** com $IC = 0,92$, **Expectoração produtiva** com $IC = 1,0$ e **Padrão respiratório prejudicado** com $IC = 1,0$.

O DE “**Padrão respiratório prejudicado**” na versão atual da CIPE (NÓBREGA, 2018) passou a ser denominado de “**Respiração prejudicada**”. Esse DE na pessoa idosa, pode estar relacionado com uma insuficiência cardíaca ou uma infecção respiratória, considerada condição de saúde que merece atenção (ALITI *et al.*, 2011).

Para a Necessidade Psicobiológica - Hidratação, todos os DE, obtiveram $IC = 1,0$, são eles: “**Risco de volume de líquido aumentado**”, “**Risco de volume de líquido diminuído**”, “**Volume de líquido aumentado**”, “**Volume de líquido diminuído**”, porém estes diagnósticos também obtiveram outras denominações, ou seja, **Risco de volume de líquido aumentado** e “**Risco de volume de líquido diminuído**” para “**Risco de volume de líquido prejudicado**” Já os DE “**Volume de líquido aumentado**” e “**Volume de líquido diminuído**” seguiu com “**Volume de líquido prejudicado**” (NÓBREGA, 2018).

A Necessidade Psicobiológica - Nutrição, todos os DE foram considerados relevantes pelos enfermeiros (IC= 1,0), porém os DE **“Apetite prejudicada”** e **“Estado nutricional alterado”** não foram considerados para constar no instrumento (produto) uma vez que suas respectivas IE não obtiveram IC= 1,0.

Na Necessidade Psicobiológica - Nutrição, o DE **“Ingestão de alimentos diminuída”** com os avanços dos estudos foi denominado **“Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária)”**.

Na Necessidade Psicobiológica de Eliminação, todos os DE foram considerados relevantes pelos enfermeiros, ou sejam, **“Constipação”**, **“Diarreia”**, **“Eliminação urinária prejudicada”**, **“Eliminação intestinal prejudicada”**, **“Eliminação urinária aumentada”**, **“Eliminação urinária reduzida”** e **“Vômito”**, porém, o DE **“Eliminação intestinal prejudicada”** e suas respectivas IE não foram contemplados no instrumento pelo IC=0,92.

A Necessidade Psicobiológica de Sono e Repouso, o único DE considerado relevante, com IC= 1,0, foi **“sono e repouso prejudicado”** e dentre as suas IE, apenas **“Orientar quanto a prática de atividade durante o dia”** obteve o IC=0,92, as demais resultaram no IC=1,0.

Dentre as Necessidade Psicobiológica de Atividade física, mecânica corporal, motilidade e locomoção, todos os DE foram considerados relevantes (**Mobilidade física prejudicada**, **Movimento corporal aumentado** e **Movimento corporal diminuído**), porém destaca-se que apenas o DE **“Mobilidade física prejudicada”** obteve IC= 1,0 com igual índice para as IE.

A Necessidade Psicobiológica - Cuidado corporal, os DE **“Déficit de autocuidado para banho e/ou higiene corporal”** e **“Higiene oral prejudicada”** foram relevantes para os enfermeiros (IC= 1,0) assim como suas IE (IC $\geq$ 0,9). Na Necessidade Psicobiológica - Integridade física e cutâneo mucosa, os DE: **“Integridade da pele prejudicada”**, **“Pele seca”** e **“Úlcera por pressão”** obtiveram IC $\geq$ 0,9 e suas IE também foram consideradas pelos enfermeiros (IC $\geq$ 0,9), porém merece atenção o DE **“Úlcera por pressão”** e suas IE serem incluídas para o produto mesmo não foram consideradas como relevantes, principalmente as intervenções “identificar se há lesões na pele”, “realizar curativo conforme protocolo” e “orientar quanto a mudança de posição (IC=0,92).

Na Necessidade Psicobiológica - Regulação térmica, os DE **“Temperatura corporal aumentada (hipertermia)”** e **“Temperatura corporal reduzida (hipotermia)”** com a

maioria das suas IE foram relevantes com IC=1,0 e incluídos no produto, sendo apenas três IE excluídas, por não atenderem ao IC estabelecido (IC=1,0).

A Necessidade Psicobiológica - Regulação vascular, todos os DE estabelecidos no instrumento apresentaram IC=1,0 e verificou-se que os DE **“Débito cardíaco aumentado”** e **“Débito cardíaco diminuído”** foram agrupados em uma só denominação com a nomenclatura **“Débito cardíaco prejudicado** e os DE “pressão sanguínea diminuída” e “pressão sanguínea elevada” se apresentam com a nomenclatura **“Pressão sanguínea prejudicada”**, segundo NÓBREGA (2018). Verifica-se que todas as IE especificadas obtiveram o $IC \geq 0,9$, porém a maioria das intervenções dessa necessidade foram relevantes para os enfermeiros com IC=1,0, sendo contemplados no instrumento elaborado.

Na Necessidade Psicobiológica - Regulação neurológica, com apenas um DE estabelecido **“Nível de consciência diminuído** e suas IE que obtiveram IC= 1,0 reforçam a importância da avaliação do nível de consciência no idoso com intuito de observar se o cliente está iniciando ou se já existe alguma síndrome geriátrica instalada (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003.).

A Necessidade Psicobiológica - Regulação imunológica, todos os seus DE (**“imunização deficiente”**, **“risco de infecção”** e **“risco de infecção secundária”**) e suas respectivas IE foram considerados com IC= 1,0, exceto a IE “deslocar o cliente com máscara cirúrgica que foi considerado como relevante (IC=0,92), porém essa intervenção atende ao ponto de corte (IC=1,0) para o instrumento.

Esses dados merecem a atenção, pois a CDIP é um serviço que atende diversos grupos populacionais com doenças transmissíveis e os profissionais de saúde devem possuir conhecimento sobre as precauções básicas para utilização em suas práticas. Sendo assim, o fato da exclusão da IE confirma o conhecimento dos enfermeiros quanto essas precauções.

A Necessidade Psicobiológica-Percepção dos órgãos do sentido: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, os seus DE: **“Disúria”**, **“Dor aguda”**, **“Dor crônica”** apresentaram relevância para os enfermeiros (IC= 1,0), exceto o DE **“Dor musculo esquelético”** (IC=0,92).

Em relação a Necessidade Psicobiológica - Terapêutica, o DE **“Falta de adesão a terapêutica”** com IC=0,92 e a maioria de suas IE com o mesmo índice, merecem reflexões em não serem incluídos no produto,

considerando a possível possibilidade de uma maior adesão a terapêutica prescrita no contexto hospitalar pelo idoso do que após alta hospitalar e com alguma conduta de continuidade de tratamento em que o idoso precise de suporte técnico e familiar para a administração de medicamentos.

Para a Necessidade Psicossocial - Comunicação e seu único DE **“comunicação prejudicada”**, atendeu a relevância com IC= 1,0 e as IE com o mesmo IC, exceto “estimular a comunicação (IC=0,92) e “permitir a presença de visitas que estimulam a identificação” (IC=0,92).

Na Necessidade Psicossocial - Educação para a saúde/aprendizagem, com apenas o DE **“Falta de conhecimento sobre saúde”**, e suas IE, atenderam o IC= 1,0 para a construção do produto.

Vale aqui destacar os DE que foram considerados como não relevantes para os idosos pelos enfermeiros (IC < 0,8), ou seja: transpiração excessiva (IC=0,64), sono e repouso preservados (IC=0,64), risco de sexualidade alterada (IC=0,57), sexualidade alterada (IC=0,71), capacidade de autocuidado preservado (IC=0,64), ferida traumática (IC=0,71), angústia espiritual (IC=0,69).

No DE “Eliminação urinária espontânea” não considerado relevante para os idosos pelos enfermeiros

(IC=0,69) nos remete para reflexões importantes quanto a possibilidade frequente da incontinência urinária em idosos. Esse sintoma refere-se a qualquer perda involuntária da urina, caracterizada por forte sensação de urgência para urinar, sendo mais comum em mulheres do que em homens. Não é uma causa própria do processo de envelhecimento, mas sua incidência aumenta com a idade, sendo uma síndrome geriátrica, por ter alta prevalência nas pessoas idosa (MELO, *et al.*, 2012).

Quanto ao DE **“risco de sexualidade alterada”** (IC=0,61) e **“sexualidade alterada”** (IC=0,69) merecem destaques uma vez que permanece no imaginário do senso comum que o idoso é visto como uma pessoa assexuada (SIMÕES, 2011).

Nesse sentido, não pode ser desconsiderado que a sexualidade faz parte da personalidade do ser humano. Além disso, o seu desenvolvimento se completa com a satisfação das necessidades humanas básicas, como o desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, amor e carinho, independe da idade (MORAES, *et al.*, 2011).

Considerando o exposto, o instrumento foi elaborado com 36 DE após agrupamento e novas denominações de diagnósticos segundo Nóbrega (2018). A exclusão do DE **“Risco de sexualidade alterado”** por não ser considerada

relevante pelos enfermeiros (IC= 0,61) requer reflexões pela sua importância quanto o enfermeiro não atribuir a pessoa idosa como assexuada e diante da vulnerável ao HIV/ Aids como aumento do número de casos na população idosa com a doença, principalmente em mulheres idosa, uma vez que os idosos não estão excluídos da possibilidade de adquirir doenças veiculadas pelo sexo (SERRA, *et al.*, 2013). Vale registrar que as IE repetidas também foram excluídas para o instrumento.

5. INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O IDOSO COM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

A importância em elaborar um instrumento com os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e as Intervenções de Enfermagem (IE) para a pessoa idosa com doença infecciosa e parasitária se deve pela necessidade de um planejamento para a assistência de enfermagem com a finalidade de facilitar e dar visibilidade aos registros, contribuindo para que a equipe de enfermagem possa desenvolver suas ações junto ao idoso com maior rapidez, eficácia e o registro de intercorrências com maior clareza.

Sendo assim, dos 50 DE considerados relevantes pelos enfermeiros (IC $\geq$ 0,9) foi elaborado o instrumento

(produto) com os DE e suas respectivas IE que apresentaram IC=1,0 e utilizando os DE já validados e publicados (NÓBREGA, 2011), além daqueles atualizados (NÓBREGA, 2018). Vale destacar que DE que atendeu ao critério para a elaboração do instrumento (IC=1,0), porém as suas respectivas IE que não corresponderam ao referido critério foram excluídas nessa etapa.

Portanto, foram desconsiderados para o produto, 10 DE com $IC \geq 0,9$ e $< 1,0$, e aqueles que mesmo apresentando $IC = 1,0$, as IE obtiveram $IC < 1,0$, ou seja: dispneia (0,92), expectoração produtiva (1,0), eliminação intestinal prejudicada (0,92), movimento corporal aumentado (0,92), movimento corporal diminuído (0,92), dor musculo esquelética (0,92), falta de adesão ao regime terapêutico (0,92), apetite prejudicado (1,0)), estado nutricional alterado (1,0) e úlcera por pressão (0,92). Sendo assim, o instrumento foi elaborado com 36 DE após agrupamento e novas denominações de diagnósticos (NÓBREGA, 2018).

Dando continuidade, das 290 IE consideradas relevantes pelos enfermeiros, 189 IE atenderam ao critério do $IC=1,0$ para o produto, porém após exclusão de intervenções repetidas em vários DE e de sentidos semelhantes em outros, a exemplo da IE Instruir o cliente quanto à limpeza da cavidade oral com Orientar sobre a

higiene da cavidade oral depois das refeições, resultaram em 102 IE no produto, contribuindo assim para que não ficasse extenso e não fosse de utilidade prática, no contexto para o qual é proposto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um instrumento para sistematização da assistência de enfermagem para idosos com doenças infecciosas e parasitárias pode trazer grande contribuição para o desenvolvimento das atividades laborais da equipe de enfermagem, deste modo, o instrumento encontra-se elaborado com 36 Diagnósticos de Enfermagem (DE) e 102 Intervenções de Enfermagem (IE), de um total de 59 DE e as respectivas 451 IE, que foram considerados relevantes por esses profissionais. Esses DE e IE já foram validados nessa especialidade, para os diversos grupos populacionais atendidos no serviço.

Vale refletir que, apesar dos enfermeiros não terem considerados relevantes para a pessoa idosa os DE denominados Lesão por pressão, Risco de sexualidade alterada e sexualidade alterada, esses profissionais deixam de atentar para o perfil da epidemia da infecção pelo HIV, no qual há registros de número de casos notificados nesse

grupo etário. Com esta exclusão, os enfermeiros também fortalecem a imagem do senso comum do idoso ser assexuado.

A exclusão do DE Lesão por pressão também merece destaque, por ser uma realidade frequente na prática dos enfermeiros em demandas de cuidados. Igualmente, ele foi desconsiderado por esses profissionais.

O instrumento, elaborado com DE e IE considerados pelas enfermeiras da CDIP como relevantes para a pessoa idosa hospitalizada com doença infecciosa e parasitária, se apresenta passível de reflexões. A realização de novas pesquisas nesse contexto é importante, para que se possa avaliar a eficácia deste instrumento, tornando-o adequado ao contexto no qual os profissionais estão inseridos.

A ideia motriz, que move a criação do presente instrumento, é que ele seja efetivamente utilizado na prática dos enfermeiros, que atuam nessa área de assistência aos idosos e verificar sua real viabilidade e sua efetiva operacionalização.

Neste aspecto, a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar é quem está mais próximo desse idoso, acolhendo e assistindo no que é necessário para atender as Necessidades Humanas Básicas e uma recuperação com menor tempo possível e com a Sistematização da

Assistência de Enfermagem implementada para esse grupo populacional essa assistência tende a fluir de forma organizada, tornando-se mais fácil e eficaz, de forma documentada através do PE, mostrando a atuação da equipe profissional.

REFERÊNCIAS

ALITI, G. B. *et al.*, Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 590-595, 2011.

ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A.F. **O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC**. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, p. 23-40, 2011.

ANDRADE, L. L. *et al.*, Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 448-455, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Brasília; 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral**. In: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTRO, V. C. *et al.*, Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 791-800, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.

DIAS, K. C. C. de O. *et al.*, Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1832-1846, 2015.

FERREIRA, K. S. C. *et al.*, Definição de termos não constantes na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidades ao HIV/AIDS. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4424-4434, 2017.

FERREIRA, O. G. L. *et al.*, Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

HERDMAN, T. H. *et al.*, **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, W. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU 1979; 99p.

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. The ways of nursing: from Florence up to globalization. **Enferm Foco**, v. 2, p. 85-8, 2011.

MARIA, M. A; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. de F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MATOS, D.A.S. **Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional**. Est. Aval. Educ. v. 25, n.59, p. 298-324, set/dez 2014.

MELO, B. E. S. *et al.*, Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MENEGUIN, S.; BANJA, P.F.T.; DA SILVA FERREIRA, M. de L. **Cuidado ao paciente idoso hospitalizado: implicações para a equipe de enfermagem**. Revista Enfermagem UERJ, v. 25, p. 16107, 2017.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-6, 2010.

MORAES, K. M. *et al.*, Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 787-798, 2011.

NÓBREGA, M. M. L. (Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados**

nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a Cipe®.
João Pessoa: Ideia, 2011.

NÓBREGA, M. M. L. **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE.** 1. ed. João Pessoa, PB: Ideia Editora, v. 1., 2018. 254p

NÓBREGA, M. M. Lima. *et al.*, Terminologias de enfermagem: da Taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 2, n. 4, p. 454-461, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization.** Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

SAMPAIO, A. M. O. *et al.*, Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 590-613, 2011.

SERRA, A. *et al.*, Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em debate**, v. 37, p. 294-304, 2013.

SILVA, L. M. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais.** 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2011.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 839-847, 2003.

SIMÕES, J. A. Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo. **Nós e o**

Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa, p. 119-138, 2011.

SOUSA, R. M. de *et al.*, Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 732-41, 2010.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. de. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 878-888, 2010.

TRUPPEL, T. C. *et al.*, Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 2, 2009.

ZANARDO, G. M.; ZANARDO, G. M.; KAEFER, C. T. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2011.

CAPÍTULO 02

SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA: UM GUIA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

**Simone Rose Silva de Oliveira Cabral
Karoline de Lima Alves
Jacira dos Santos Oliveira
Maria Miriam Lima da Nóbrega
Valéria Peixoto Bezerra**

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é avaliada como integrante da originalidade humana, o desenvolver remata com a exultação das necessidades humanas básicas, como a cobiça de contato, intimidade, declaração emocional, amor e carinho, desígnio de laços de união intensos, ocasionando consequentemente o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca por uma relação íntima (MORAES *et al.*, 2011).

Sendo considerado um assunto relevante e que influencia diretamente o cotidiano da pessoa idosa, a sexualidade distingue-se ultimamente como um dos pilares da qualidade de vida, estando cada vez mais frequente e

valorizada, admitindo seu valor no campo da saúde (POLITZER; ALVES, 2017).

Nesse contexto, envelhecer é um acontecimento que atinge todos os seres humanos, independente de aspectos influenciadores como: raça, classe social, etiologia ou outros e encontra-se qualificado como uma ação dinâmica, progressiva e irreversível, vinculados a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

As modificações biológicas ao envelhecer englobam mudanças previsíveis, progressivas que aumentam a suscetibilidade para patologias. Tal processo é variado entre os indivíduos, sendo possível até no mesmo indivíduo um órgão fadigar com mais comprometimento do que outro. Nesse sentido distinguem na variante da longevidade alguns fatores, por exemplo, particularidades genéticas, estilo de vida escolhido e exposições ambientais (FREITAS, 2017).

Dentre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, aqui se destaca a sexualidade na pessoa idosa, considerada ainda como um tabu na sociedade de um modo geral. Culturalmente há uma pérfida ideia de que o (a) idoso (a) não tem desejo ou vida sexual. O envelhecimento traz consigo preconceitos socioculturais

que abordam a sexualidade do idoso de maneira inibitória, haja vista as modificações fisiológicas do envelhecimento, preceitos religiosos, opressões familiares e aspectos particulares que mantêm esse estigma social (MORAES, *et al.*, 2011).

Assim, sexualidade compreende uma dimensão humana intimamente ligada às necessidades de prazer, intimidade, reprodução, afetividade, amor, autoestima, autoimagem, entre outras. Ainda pode ser expressa e vivida em pensamentos, relacionamentos, atitudes e crenças, consolidando-se por meio da interação de diversos fatores, sobretudo os biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e históricos (MORAIS; PENNA; PROGIANTI, 2010).

Vale salientar que a sexualidade, de maneira respeitável, perpetra parte da dimensão da vida, na qual envolve aspectos biopsicossociais e não se restringe à meta reprodutiva, sendo indispensável às relações humanas e suas ligações afetivas. A maneira como pessoas idosas expressam e lidam com a sexualidade possibilita desfrutar deste componente vital com a devida saúde. Esta habilidade deve ser conduzida por homens e mulheres que autoavaliem uma vida sexual informada, respeitada e segura (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, denota-se certa dificuldade dos profissionais de saúde quanto ao conhecimento sobre a sexualidade da pessoa idosa, podendo repercutir negativamente no cuidado integral ao idoso, haja vista, que o enfermeiro é um profissional que deve atentar para todos os fatores que envolvem o indivíduo. A literatura menciona que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) comumente não questionam os aspectos relacionados à sexualidade da pessoa idosa. Essa prática profissional encontra-se associada por acreditarem que o sexo não fazer parte da realidade desse público (SOUZA *et al.*, 2011).

Aqui merece retratar sobre os efeitos positivos que essa abordagem traria se fosse praticada em todas as faixas etárias, com foco na população idosa, haja vista ser o grupo populacional que mais cresce mundialmente, consequentemente os problemas vinculados a essas pessoas demandam dos profissionais um olhar ampliado que aprecie o idoso na sua totalidade, ponderando limitações, anseios e seu ambiente (MOURA, *et al.*, 2014).

Diante disso, a prática de enfermagem esta pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma ferramenta metodológica de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas,

realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem, por isso o profissional precisa de todo conhecimento teórico-prático, bem embasado sobre diversos temas como a sexualidade, que possam influenciar no cuidado ao idoso (NEVES; SHIMIZU, 2010).

O presente capítulo tende a contribuir no campo da pesquisa da assistência à pessoa idosa, propondo um guia de diagnósticos e intervenções encontrados no livro intitulado Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2017.

A construção de um guia de diagnósticos e intervenções de enfermagem relativas à sexualidade de idosos contribuirá para o manejo dos enfermeiros da atenção básica, na qual foi observada certa dificuldade em abordar essa temática nas consultas e diante da grande demanda, recursos humanos insuficientes, falta de abertura com o paciente entre tantos outros, o profissional deixa de fazer essa abordagem, no entanto não pode se eximir do tratamento após a presença de patologias.

O guia ainda pode auxiliar profissionais de enfermagem em compor melhores táticas para abordar esse assunto e traçar contextos que proporcionem uma confortável conversa profissional-usuário para obtenção de uma resposta positiva na saúde sexual, oferecendo uma assistência eficaz para a pessoa idosa. Deste modo objetiva-se, neste capítulo: apresentar um guia com Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para o manejo da sexualidade do idoso por enfermeiros na Atenção Básica de Saúde.

2. SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA

Tem-se a concepção que a sexualidade é como uma “experiência” que integra a originalidade do ser humano vindo do resultado da vivência cultural e histórica de cada indivíduo, não sendo estabelecida a um elemento estático e categórico, abeirar-se por incontáveis caracteres de expressão e vivência, relacionando-se ao amor e afetos. Não abordando apenas do ato sexual em si como concebido erroneamente pela sociedade, a teorização da sexualidade acalora-se pela ação de instituições, como a escola, igreja e mídia. Tais visões restringem diálogos entre pais e filhos, entre profissionais de saúde e

pacientes, tornando um tema obscuro (BERNARDO; CORTINA, 2012).

No aspecto em que a sexualidade é a extensão da essência do sujeito ainda havendo diminuição da prática sexual, o tema em demanda necessita se investir nos contextos dos serviços de saúde, por meio da educação em saúde como mediação para constituição de considerações sobre a sexualidade dos idosos. O profissional de saúde necessita considerar os aspectos das pessoas idosas, em meio a elas a sua sexualidade, que traduz uma conjuntura além do ato sexual e se proclama de forma diversa (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

A vetustez é marcada de características negativas trazidas pelo decaimento e os detrimientos funcionais, sendo a sexualidade entre idosos uma permanência do processo que inicia na meninice, incumbindo a dimensão inerente ao indivíduo, estando presente em todos os atos da vida, acontecendo de maneira particular para se manifestar, se transmitir, experimentar e se propagar (MARQUES *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, existem diversas teorizações a respeito do conceito de velhice e de como encaixá-la em parâmetros, haja vista ser difícil caracterizar a conjuntura no qual se encontra. Referenciar elementos biológicos para

esse momento da vida não difundem bem tal teoria, como os cabelos brancos, se alguns desses sinais habituem aparecer bem antes que uma pessoa possa ser definida como idosa ou em processo de envelhecimento. Assim como definir a partir de rudimentos psicológicos, como perdas cognitivas, se essas características igualmente são presentes no cotidiano de pessoas que não compartilham da considerada terceira idade (DOURADO, 2002).

Assim desmistificando que a sexualidade da pessoa idosa deve ser respeitada e que suas necessidades de informações sobre tal assunto sejam supridas, pois uma visão prenotada relacionada à sexualidade e à velhice rotula tal período da vida assexual e até de androginia, no qual contesta as percepções e a idoneidade de amar e relacionar-se do ser humano (RISMAN, 2005).

Dificuldades em abordar a temática frente ao público alvo fora relatado em alguns artigos e aspectos socioculturais, preconceitos e tabus estão tatuados nos sujeitos na faixa etária a partir dos 60 anos. A opinião acerca da vida sexual de pessoas idosas perpassa que a pessoa ao alcançar a fase da velhice deixa de ser sexual, abraçando a assexualidade, haja vista a sexualidade ser promulgada não somente pelo ato sexual e o sexo não limitasse a penetração, é sucinto abstrair a genitalidade da

sexualidade. Ao alcance que o corpo não responde mais ao desejo, as adequações sexuais são indispensáveis e ajudam na expressão da sexualidade em idosos (GRADIM; SOUSA; LOBO, 2007).

Nesse aspecto, o aumento da expectativa de vida amplia o número de idosos na população brasileira e a assistência dispensada a esse grupo concomitantemente encontra-se em evolução. A enfermagem atenta à movimentação da pirâmide populacional amplia seus conhecimentos a fim de prestar com eficiência um cuidado integral ao idoso, destacando o desenvolvimento da enfermagem gerontológica, na qual habilita o acolhimento pertinente para a terceira idade (CABRAL *et al.*, 2004).

O enfermeiro habilitado envolve na assistência ao idoso os aspectos físicos, psíquicos e sociais por meio de um olhar adequado que distingue as alterações fisiológicas, funcionais e patológicas encontradas nesta fase da vida. Utilizar fundamentos do cuidar independente do estado de saúde ou de doença é um artifício aglomerado à enfermagem que tem sido definida como ciência humanística há muito tempo (LIMA, 2003).

Assim, a Enfermagem no tocante a sexualidade da pessoa idosa pode operar por meio da educação permanente, consolidando o conhecimento da sexualidade

dos idosos, promovendo um cuidado integral ao público de pessoas idosas.

Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Brasil se dá a partir do Processo de Enfermagem (PE) sendo indispensável que os profissionais da área detenham o conhecimento e aplique as normas regulamentadoras do exercício que tal profissão exige. Sendo assim, o PE vem sendo largamente observado e cultivado nos serviços de saúde no Brasil e no mundo, sendo o modelo proposto por Horta (HORTA, 1979) o mais conhecido para a sua implantação.

Deste modo, a SAE vem ser uma ferramenta organizacional para labuta diária dos enfermeiros, favorecendo a objetividade e eficácia na sua prática profissional. A utilização da SAE gera autonomia promovendo a padronização das ações, continuidade do cuidado, pesquisa clínica, informatização, registro, comunicação entre profissionais e outros mais (OLIVEIRA, 2016).

Somada à prática, a enfermagem impetra com sistemas de classificação que desenvolve as etapas do processo em cuidar da enfermagem. Os populares são: classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International

(NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002, classificação de intervenções de enfermagem – Nursing Interventions Classification (NIC); classificação de resultados de enfermagem – Nursing Outcomes Classification (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (FURUYA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a Resolução do COFEN 358/2009 institui que o PE deva ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, destacando as cinco etapas: coleta de dados (ou histórico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009)

A prática da assistência de enfermagem vai além do modelo biomédico apresentando múltiplos proveitos da SAE e destaca-se a promoção da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o cliente, por meio de um atendimento individualizado, quanto o enfermeiro, despontando a valia do processo de enfermagem (CUNHA; BARROS, 2005).

A partir da utilização das normas regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais, é

acreditado que o enfermeiro empregue sua capacidade criadora ao gerenciar as atuações assistenciais, nas tomadas de decisões e ao apropriar os recursos humanos e materiais de que dispõe, garantindo um atendimento das necessidades dos pacientes com destituição de riscos quando esses forem previsíveis (BARROS, 2009).

3. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Para elaboração do Guia de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no contexto da sexualidade da pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde, realizou-se um estudo metodológico, com abordagem qualitativa, compreendendo as etapas da pesquisa metodológica no que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. O intuito é a preparação de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável além da possibilidade do uso por outros pesquisadores e ainda mais avaliar seu sucesso no alcance do objetivo (POLIT, BECK, 2011).

O estudo foi realizado em 07 Unidades de Saúde da Família (USF) integradas, que pertencem ao Distrito III, localizado no bairro de Mangabeira, na cidade de João

Pessoa – Paraíba. Esse Distrito abrange 18 USF com 50 equipes de Estratégias em Saúde da Família (ESF), destas 27 equipes atuam no referido bairro. Para o estudo foram convidadas 26 enfermeiras atuantes nas referidas unidades, porém 17 enfermeiras participaram do estudo, uma vez que 06 encontravam-se gozando férias, 03 com licença médica e 01 das equipes não existia representante de enfermagem.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário composto de duas partes, a primeira com Dados Sociodemográficos dos participantes e a segunda construída com 04 Diagnósticos de Enfermagem (DE) sobre sexualidade com suas respectivas 27 Intervenções de Enfermagem (IE), já validados e publicados no livro intitulado *“Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®”* (NOBREGA, 2018).

Os diagnósticos e intervenções enfermagem do universo hospitalar foram dispostos no instrumento com alternativas para o enfermeiro considerar ou não como relevante para a população idosa no contexto da Atenção Básica de Saúde, além de um espaço para sugestões de

possíveis diagnósticos a serem considerados e ausentes no presente instrumento.

A coleta de dados foi realizada durante o período de 14 a 18 de janeiro de 2019, após as atividades realizadas pelo enfermeiro na sua unidade de saúde. Na ocasião, a pesquisadora se apresentou ao enfermeiro seguindo com os esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, aspectos éticos com a garantia do anonimato, além do convite para participação com a anuência da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido–TCLE, em seguida sendo entregue o instrumento para ser respondido na presença da pesquisadora e solicitado a sua devolução imediata.

O estudo encontra-se vinculado a um projeto mais amplo intitulado “Políticas, práticas e tecnologias inovadoras para o cuidado na Atenção à Saúde da pessoa idosa” do Programa de Mestrado Profissional-UFPB, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE: 67103917.6.0000.5188 e aprovado segundo o protocolo nº 2.190.153.

Na sua operacionalização foram considerados os aspectos éticos preconizados pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa

em seres humanos (BRASIL, 2013) e a Resolução COFEN nº564/2017 que regula o código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2017).

Os dados sociodemográficos dos participantes referentes à primeira parte do instrumento foram analisados por estatística descritiva com frequência absoluta. Quanto à análise de dados da segunda parte do instrumento foi utilizado o método de Índice de Concordância (IC), sendo coeficiente fundamentado no número de respostas concordantes e na frequência de lances, cujo saldo é o mesmo (SILVA; PAES, 2012). O IC é calculado pela fórmula: $IC = C \cdot 100 / (C + NC)$, sendo C= concordantes e NC= não concordantes. Assim para o presente estudo foi considerado o $IC \geq 0,80$ para cada DE e IE por considerar ser completo para o objetivo proposto no presente estudo.

Os dados coletados das 17 enfermeiras delimitaram uma caracterização das participantes com idade variando de 28 a 59 anos, com experiência profissional de 06 a 32 anos. Quanto à qualificação, 02 cursaram pós-graduação à nível *strictu sensu* (doutorado e mestrado), 14 possuem pós-graduação com nível *lato sensu* (especialização) e apenas uma permanece com a graduação.

Quanto aos dados para construção do guia, do total de 04 diagnósticos de enfermagem, três foram

considerados relevantes pelas enfermeiras ($IC \geq 0,80$) e apenas o diagnóstico **“Comportamento sexual problemático”** com $IC = 52,9\%$ não foi considerado relevante.

Das 27 IE, 13 apresentaram o $IC \geq 0,80$, ou seja, foram considerados relevantes pelos enfermeiros para a população idosa na Atenção Básica de Saúde, ou seja, 14 IE apresentaram $IC \leq 0.80$ (Quadro 1):

QUADRO 1. Apresentação do Índice de Concordância (IC) dos Diagnósticos e Intervenções de enfermagem consideradas pelos enfermeiros da Atenção Básica de Saúde para o idoso, João Pessoa, 2019.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	IC	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IC
Comportamento sexual problemático	52,9%	Aconselhar prática sexual segura com uso de preservativos.	70,5%
		Encorajar o paciente a verbalizar dificuldades e percepções.	64,7%
		Gerenciar comportamento sexual inapropriado.	29,4%
		Obter dados sobre comportamento sexual.	52,9%
		Orientar o paciente quanto à seletividade de parceiros.	58,8%
Desempenho sexual prejudicado	94,1%	Direcionar para profissionais de saúde específicos para cuidar do problema.	82,3%
		Esclarecer que situações de estresse, adoecimento, e processo de envelhecer podem interferir na função sexual.	88,2%
		Orientar para mudança no padrão da sexualidade.	82,3%
		Orientar sobre os efeitos da cirurgia na atividade sexual.	70,5%
		Orientar sobre os efeitos de	

		medicamentos na atividade sexual.	64,7%
		Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus.	94,1%
Risco de sexualidade alterada	88,2%	Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios.	76,5%
		Estimular a paciente a retomar sua atividade sexual de forma o mais próximo possível.	47,0%
		Identificar fatores de risco para alteração na sexualidade.	88,2%
		Investigar presença de fatores contribuintes.	76,5%
		Orientar o paciente quanto à higienização das partes íntimas.	82,3%
		Orientar o uso de preservativos nas relações sexuais.	82,3%
		Orientar o reinício das atividades sexuais após o cessamento dos lóquios e cicatrização da episiorrafia.	5,9%
		Orientar sobre a prevenção de DST/AIDS.	82,3%
		Orientar sobre as mudanças do corpo no pós-parto.	5,9%
		Orientar sobre o uso de lubrificante vaginal à base de água.	88,2%
Sexualidade alterada	94,1%	Encorajar o paciente a verbalizar suas preocupações.	94,1%
		Esclarecer dúvidas quanto ao uso de contraceptivos.	47,0%
		Estimular o paciente quanto à atividade sexual de maneira segura.	94,1%
		Identificar fatores relacionados à alteração na sexualidade.	94,1%
		Orientar o paciente quanto à seletividade de parceiros.	58,8%
		Orientar sobre sexualidade: anatomia, fisiologia, do aparelho reprodutor, fatores que interferem na sexualidade humana.	82,3%

Fonte: Próprio autor, 2019.

O DE “**Comportamento sexual problemático**” não considerado relevante pelos enfermeiros (IC= 52,9%) é definido como: “a conduta de envolvimento em atividade sexual de modo indiscriminado ou com múltiplos parceiros, com risco de propagar doenças sexualmente transmissíveis, caracterizado por promiscuidade sexual, exposição indecente ou exibicionismo dos genitais e por falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde” (NÓBREGA, 2018, p. 119).

Este panorama retrata a sensibilidade dos profissionais em questão, pois lidar com entre linhas da conduta diária de indivíduos os fazem conotar que poucas são as pessoas idosas que praticam promiscuidade e que os idosos que não se encontram em um relacionamento duradouro preferem continuar sozinhos a enfrentar relacionamentos que tenham consequências desconfortáveis.

As IE correspondentes ao referido diagnóstico também não alcançaram o IC para o guia, reforçando a necessidade de ampliar um debate e estudos de como os profissionais culturalmente inibem em abordar a temática sexualidade da pessoa idosa em suas práticas e com educação repressora que muitos dos idosos receberam no passado, eles não se sentem bem em expressar suas

experiências de vitalidade e de como convivem com essa dimensão humana, fazendo os profissionais entenderem que não usufruírem deste contexto na fase vida que se encontra.

Segundo Patriota e Almeida (2009), torna-se necessário conhecer como os idosos alcançam sua sexualidade, proporcionando o carreamento necessário de conhecimentos sobre o tema, consentindo edificar uma boa vivencia deste contexto, findando os folclores, preconceitos que só produzem informações muitas vezes mal compreendidas.

O DE **“Desempenho Sexual Prejudicado”** com IC= 94,1%, conceituado como: “diminuição ou ausência de libido e/ou excitação mútua e orgasmo prejudicado e, nos homens, para ejacular associados a processos do sistema reprodutivo ou fatores psicossociais, impotência sexual, abuso sexual” (NÓBREGA, 2018, p.119).

A inclusão deste diagnóstico reforça a realidade vivenciada de repulsa sexual apresentada por idosos influenciada principalmente pelas modificações fisiológicas esperadas no processo de envelhecer em ambos os sexos. Algumas patologias crônicas comuns também afetam o desempenho sexual, como: artrites, diabetes, fadiga, medo

de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool (BRASIL, 2010).

O DE **“Risco de sexualidade alterada”** foi considerado relevante pelos enfermeiros com o IC=88,2%, definido por: “risco de alteração na percepção de mudança na saúde sexual, funções sexuais, atividades, atitudes e orientações de um indivíduo associado à presença de fatores somáticos, emocionais, intelectuais e socioculturais do ser sexual” (NÓBREGA, 2018, p 120).

As IE correspondentes ao DE acima referido, como: “Orientar o reinício das atividades sexuais após o cessamento dos lóquios e cicatrização da episiorrafia” e “Orientar sobre as mudanças do corpo no pós-parto” com IC= 5,9% respectivamente, se justifica não serem consideradas relevantes pelas enfermeiras por serem especificidades do sexo feminino em idade fértil, não atendendo a realidade de mulheres idosas. Ao contrário dessa realidade, os homens idosos que se relacionam com mulheres em idade fértil e procriam, o exercício da sua sexualidade no período que a companheira se encontra pode demandar necessidades de informações sobre o tema para vivenciarem essa fase transitória com qualidade de vida.

As IE's "Identificar fatores de risco para alteração na sexualidade (IC= 88,2%) e Orientar o paciente quanto à higienização das partes íntimas (IC=82,3%); Orientar o uso de preservativos nas relações sexuais (IC= 82,3%); Orientar sobre a prevenção de DST/AIDS (IC= 82,3%) Orientar sobre o uso de lubrificante vaginal à base de água com IC=88,2% foram ressaltadas para agregar valor no guia, considerando a conjuntura atual do número de casos do HIV/Aids em idosos, que requer informações necessárias para promover a saúde desse público idoso.

Desse modo, as orientações que abordam a saúde básica, como higiene diária podem ser consideradas como estratégia oportuna para conduzir vínculos de confiança entre profissionais e idosos, promovendo o encorajamento a verbalização de dúvidas e anseios vivenciados por essa população.

A problemática do envelhecimento e da aids no Brasil incide com questões culturais, de exclusão e agrupa-se, sobretudo no preconceito social relacionado ao sexo nesta idade (POTTES *et al.*, 2007).

O último DE elencado, "**Sexualidade alterada**" para associar o guia com o IC=94,1% são definidos como: "A sexualidade alterada pela percepção de mudança na saúde sexual, funções sexuais, atividades, atitudes e

orientações de um indivíduo associado à presença de fatores somáticos, emocionais, intelectuais e socioculturais do ser sexual” (NÓBREGA, 2018, pg.121).

Porém, ainda que as mudanças esperadas limitem o corpo de algum modo à sustentação da importância sexual após os 60 anos de idade, tal fato não deve ser desvalorizado em ser avaliado na prática do enfermeiro ao atender essa demanda, principalmente pela possibilidade em refletir um sinal de conservação das boas condições de saúde desse idoso.

Estudo evidencia que a atividade sexual suaviza as artrites, melhora a produção de cortisona das glândulas suprarrenais e coopera para o equilíbrio psíquico (MARCHI NETTO ,2004),

As IE “Encorajar o paciente a verbalizar suas preocupações”; “Estimular o paciente quanto à atividade sexual de maneira segura”; “Identificar fatores relacionados à alteração na sexualidade”, com IC= 94,1%, além de “Orientar sobre sexualidade: anatomia, fisiologia, do aparelho reprodutor, fatores que interferem na sexualidade humana (IC= 82,3%), reforçam a possibilidade em diferenciar positivamente na conduta de vida do idoso em transitar pelo processo de envelhecimento pelo o nível de informação promovido pelo enfermeiro.

Deste modo, a realização de leituras de como um idoso curado de um cancer, ou portador de diabetes podem enfrentar limitações para vivenciarem a sexualidade, são contextos que merecem ser valorizados no momento da consulta de enfermagem, principalmente diante de profissionais que não detem um saber de como lidar com esse tema, seja por fatores socioculturais ou de formação (BAUER *et al.*, 2014).

Sendo assim, torna-se necessário, o domínio do tema por parte dos profissionais de saúde, sem armaduras sociais ou outras que possam impedir o devido esclarecimento, de forma clara objetiva e respeitosa para com o público-alvo.

4. GUIA DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

4.1 Apresentação

A constante procura por uma assistência de qualidade tem favorecido cada vez mais os profissionais de enfermagem procurar a ampliação do cuidar científico. Os protocolos são basilares e materializam instrumentos de transformação para prática diária de enfermagem.

O presente estudo é fruto de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da

Universidade Federal da Paraíba, vinculado a linha de pesquisa Envelhecimento e Tecnologias Inovadoras para o Cuidado à Pessoa Idosa.

Ao adotar essa ferramenta espera-se que os profissionais avancem na autossuficiência e atuem em conformidade com os aspectos éticos e legais da profissão, considerados essenciais para a conquista de valorização e reconhecimento. Ainda se acredita que esta obra incentive as equipes de enfermagem a se apropriarem do instrumento de modo a colaborar com as decisões e a garantir uma assistência segura e de qualidade a população idosa.

A inversão da pirâmide etária no país é uma realidade, deste modo, o atendimento especializado, assim como os profissionais, deve arquitetar-se no atendimento à demanda contemporânea. Os aspectos do processo de envelhecimento, tais quais, orgânicos, morfológicos e funcionais definidos em senescência e em senilidade é essencial para o oferecimento de uma assistência de qualidade nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dentre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, aqui se destaca a sexualidade da pessoa idosa, considerada ainda como um tabu. Culturalmente há

uma falsa ideia de que o (a) idoso (a) não possui sexualidade ativa. O envelhecimento traz consigo preconceitos socioculturais que abordam a sexualidade do idoso de maneira inibitória, haja vista princípios religiosos, opressões familiares e aspectos particulares que mantêm esse estigma social (MORAES *et al.*, 2011).

Sexualidade compreende uma dimensão humana intimamente ligada às necessidades de prazer, intimidade, reprodução, afetividade, amor, autoestima, autoimagem, entre outras, podendo ser expressa e vivida em pensamentos, relacionamentos, atitudes e crenças, consolidando-se através da interação de diversos fatores, sobretudo os biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e históricos (MORAIS *et al.*, 2010). Deste modo, os protocolos, guias e manuais de enfermagem são considerados importantes ferramentas no provimento de informações para o trabalho diário e atualização, promovendo o alinhamento técnico dos profissionais quanto às linhas de cuidados, promovendo idoneidades na Assistência de Enfermagem e em toda conjuntura da Atenção Básica de Saúde.

Sendo assim, a elaboração do presente guia foi realizada por meio de um questionário semiestruturado composto por 04 diagnósticos de enfermagem sobre

sexualidade com suas respectivas 27 intervenções de enfermagem, já validados e publicados no livro intitulado “Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®” (NOBREGA, 2018).

Este guia tem como objetivo auxiliar o enfermeiro da Atenção Básica de Saúde no atendimento a pessoa idosa no intuito de corroborar com a assistência primária que é fundamental no aspecto prevenção e promoção a saúde, distinguindo particularidades e tendo em vista um olhar diferenciado na intenção de causar um elevado nível de autonomia desta população.

O guia em questão não tem finalidade de abranger a complexidade de aspectos que abraçam o tema, mas estabelece como um norteador importante para o exercício diário da (o) enfermeira (o), respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, Decreto Lei nº 94.406/87, e todas as demais Legislações pertinentes em vigência.

4.2 Operacionalização

4.2.1 Público-alvo

O público-alvo são as (os) enfermeiras (os) que fazem parte das Estratégias de Saúde da Família (ESF).

4.2.2 Desenvolvimento

Os referidos diagnósticos e intervenções do universo hospitalar foram dispostos no instrumento com alternativas que o enfermeiro considerou relevantes ou não à população idosa no contexto da Atenção Básica de Saúde, além de um espaço para sugestões de possíveis diagnósticos a serem considerados e ausentes no presente instrumento.

O primeiro diagnóstico elencado pelos enfermeiros foi “**Desempenho sexual prejudicado**” é definido com: “diminuição ou ausência de libido e/ou excitação mútua e orgasmo prejudicado e, nos homens, para ejacular associados a processos do sistema reprodutivo ou fatores psicossociais, impotência sexual, abuso sexual” (NÓBREGA, 2018, p. 119).

Para esse diagnóstico seguem as intervenções: Direcionar para profissionais de saúde específicos para cuidar do problema; esclarecer que situações de estresse, adoecimento, e processo de envelhecer podem interferir na função sexual; orientar para mudança no padrão da sexualidade e aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. Posteriormente o segundo diagnóstico denominado “**Risco de sexualidade alterada**”,

delineado como: “risco de alteração na percepção de mudança na saúde sexual, funções sexuais, atividades, atitudes e orientações de um indivíduo associado à presença de fatores somáticos, emocionais, intelectuais e socioculturais do ser sexual” (NÓBREGA, 2018, p. 120).

As intervenções que abordam esse diagnóstico, são: Identificar fatores de risco para alteração na sexualidade; orientar o paciente quanto à higienização das partes íntimas; orientar o uso de preservativos nas relações sexuais; orientar sobre a prevenção de DST/AIDS e Orientar sobre o uso de lubrificante vaginal à base de água.

A não identificação da sexualidade da pessoa idosa traz o entendimento de blindagem, com o desenvolvimento das drogas que melhoram o desempenho sexual, o uso de prótese para disfunção erétil para os homens e reposição hormonal para as mulheres, que contribuem para os idosos vivenciarem uma maior funcionalidade corporal. O avanço promove qualidade de vida, no entanto, a prevenção das DST para os idosos não acompanhou o ritmo desta evolução ocasionando um público com uma vulnerabilidade aumentada (BRASIL, 2006).

Por fim, o diagnóstico “**Sexualidade alterada**” determinado como: “...percepção de mudança na saúde sexual, funções sexuais, atividades, atitudes e orientações

de um indivíduo associado à presença de fatores somáticos, emocionais, intelectuais e socioculturais do ser sexual” (NÓBREGA, 2018, p.121).

Sendo as intervenções que o acompanham esse diagnóstico: Encorajar o paciente a verbalizar suas preocupações; estimular o paciente quanto à atividade sexual de maneira segura; identificar fatores relacionados à alteração na sexualidade e orientar sobre sexualidade: anatomia, fisiologia, do aparelho reprodutor, fatores que interferem na sexualidade humana.

QUADRO 2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para a sexualidade da pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde, João Pessoa, 2019.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Desempenho sexual prejudicado	Direcionar para profissionais de saúde específicos para cuidar do problema.
	Esclarecer que situações de estresse, adoecimento, e processo de envelhecer podem interferir na função sexual.
	Orientar para mudança no padrão da sexualidade.
	Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus.
Risco de sexualidade	Identificar fatores de risco para alteração na sexualidade.
	Orientar o paciente quanto à higienização das partes íntimas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
alterada	Orientar o uso de preservativos nas relações sexuais.
	Orientar sobre a prevenção de DST/AIDS.
	Orientar sobre o uso de lubrificante vaginal à base de água.
Sexualidade alterada	Encorajar o paciente a verbalizar suas preocupações.
	Estimular o paciente quanto à atividade sexual de maneira segura.
	Identificar fatores relacionados à alteração na sexualidade.
	Orientar sobre sexualidade: anatomia, fisiologia, do aparelho reprodutor, fatores que interferem na sexualidade humana.

Fonte: os autores.

O quadro apresenta os DE com suas respectivas IE considerados relevantes pelos enfermeiros da Atenção Básica em Saúde para a população idosa no contexto da sexualidade.

Esses DE e IE agregar as atribuições já estabelecidas para a equipe de enfermagem na Atenção Básica de Assistência ao Idoso, assim descritas: Realização de atendimento integral às pessoas idosas; Realização de assistência domiciliar, quando necessário;

Efetivar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares; prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; além de supervisionar os demais componentes da equipe de enfermagem; Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006).

Assim, mesmo não especificadamente, faz parte da demanda diária dos enfermeiros da atenção básica informar deliberadamente e com equidade sobre a temática sexualidade. Ainda que não sejam verbalizadas pelo usuário suas dificuldades neste aspecto, se faz necessário que o profissional aborde despretensiosamente o tema.

Para isto estes profissionais buscar algumas nomenclaturas que documentam a enfermagem, representada por palavras, termos e conceitos que enfermeiros usam na sua prática diária. As terminologias de enfermagem permitem registro oficial e encontram-se legitimadas com algumas fases do processo de enfermagem, dentre as terminologias de enfermagem

desenvolvidas optou-se pelo uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (PERRY; POTTER, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo objetivou apresentar um guia com Diagnósticos e Intervenções de enfermagem para manejo da sexualidade de idosos na Atenção Básica de Saúde. Ao tratar-se de intervenções entende-se que sejam as ações para dispor tratamento confortável para usuários que devem ser planejadas com base nos diagnósticos de enfermagem encontrados. Abrangem técnicas distintas e cuidados direto ou indiretos para se alcançar o interesse de resolver ou suavizar sintomas, desconfortos e outros efeitos causados por comportamentos, patologias e situações adversas.

Assim fica presumível alegar a possibilidade em diferenciar positivamente na conduta de vida destes idosos e no atendimento por parte dos profissionais de enfermagem será o nível de informação. Pois, além das modificações fisiológicas que o corpo apresenta com o decorrer dos anos, que de uma maneira ou de outra reflete na sexualidade, a cultura da assexualidade e o preconceito

social com as pessoas idosas são comportamentos que o conhecimento supera ao favorecer o empoderamento social por ambas as partes.

Portanto este produto se depara com sua importância no sentido de propor uma concentração sobre a vivência da sexualidade do idoso e almeja cooperar para estimular atendimentos e discussões que promovam a desconstrução cultural de conceitos densamente presente no imaginário social em relação à sexualidade da pessoa idosa, a partir do conhecimento crítico-reflexivo interdisciplinar dos profissionais da enfermagem para esta temática.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. de. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. SPE, p. 864-867, 2009.

BAUER, M. *et al.*, Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 1, p. 82, 2014.

BERNARDO, R.; CORTINA, I. Sexualidade na terceira idade. **Rev Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 74-8, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Brasília; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

CABRAL, N.M. *et al.*, Práticas terapêuticas em idosas com osteoporose: um campo para a educação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n.3. Rio de Janeiro May/June ,2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº564/2017 que regula o código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009.

CUNHA, S. M. B. da; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DOURADO, M. Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 2, n. 2, p. 38-45, 2002.

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, 2012.

FREITAS, E. V de. **Tratado de geriatria e gerontologia/4**. Ed.–[Reimpr]–Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FURUYA, R. K. *et al.*, Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 165-175, 2011.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2007.

HORTA W. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

LIMA, M.J. **A Mulher acometida de acidente vascular cerebral: cuidados de enfermagem no processo de reabilitação**. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em enfermagem clínico-Cirúrgica] Universidade Federal do Ceará; 2003.

MARCHI NETTO, F. L. de. **Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso**. 2004.

MARQUES, A. D. B. *et al.*, A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2015.

MORAES, K. M. *et al.*, Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 787-798, 2011.

MORAIS, F. R. C.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. A construção do conceito da sexualidade no contexto da enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 3, p. 1071-1079, 2010.

MOURA, M. M. de S., *et al.*, **Vulnerabilidade a síndrome da imunodeficiência adquirida humana na percepção dos idosos**. v. 14, n. 29. Ano 14. Jul.-Dez. Edição Especial-Saúde, 2014.

NEVES, R. de S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NÓBREGA, M.M.L. (org.); **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®**; João Pessoa: Ideia, 2018.

OLIVEIRA, R. G. de. **Blackbook–Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

PATRIOTA, L. M.; ALMEIDA, L. A. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do programa saúde da família do bairro das cidades–Campina Grande/PB. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 8, n. 1, 2009.

PERRY, A.G.; POTTER, P.A. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. 2009.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POLIZER, Ariane Andressa; ALVES, Tânia Maria Bérghamo. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 2, 2017.

POTTES, F. A. *et al.*, Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 10, p. 338-351, 2007.

SILVA R. S., PAES A. T., **Teste de concordância Kappa. Educação Continuada em Saúde Einstein**; v.10,n.4, p. 165-6,2012.

RISMAN, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural. **Textos envelhecimento**, v. 8, n. 1, p. 15-32, 2005.

SOUZA, N.R. *et al.*, Perfil da população idosa que procura o centro de referência em DST/Aids de Passos/MG. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 4, p. 198-204, 2011.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. de A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 417-426, 2008.

CAPÍTULO 03

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM IDOSOS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Silvania Katiussa de Assis Gomes
Maria de Lourdes de Farias Pontes

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, decorrentes de transformações sociais e econômicas que vêm acontecendo nas últimas décadas, a exemplo de inovações tecnológicas e terapêuticas no contexto da saúde, do aumento da longevidade da população e da redução continuada dos níveis de fecundidade, o que culmina com um processo de envelhecimento acelerado (OLIVEIRA, 2016).

O aumento na expectativa de vida associada à melhoria nas condições de saúde tem resultado na crescente e contínua elevação da população idosa na maioria das sociedades (FIGUEIREDO, 2017). A sobrevida do idoso também proporcionou incremento no número de cirurgias a que são submetidos os pacientes com mais de 65 anos (CAVALCATI; JUCÁ, 2016). Com a disponibilização de

estratégias menos invasivas, mais rápidas e eficientes, casos antes considerados como inoperáveis passaram a ingressar nos centros cirúrgicos. Um número crescente de intervenções passou a ser realizado em uma população progressivamente mais idosa e de maior risco, tornando necessário organizar o conhecimento a respeito dos fenômenos que acontecem antes, durante e depois da intervenção cirúrgica (JEREZ ROIG *et al.*, 2016).

Dentre esses, o posicionamento cirúrgico do paciente consiste em uma tarefa complexa que exige o empenho de toda a equipe de saúde, conhecimento sobre os vários tipos de posições cirúrgicas e a disponibilidade e a aplicabilidade de superfícies de suporte, devendo-se considerar a individualidade de cada paciente e o tempo de anestesia, as preferências do cirurgião para a melhor exposição do sítio cirúrgico, a técnica cirúrgica a ser realizada e o acesso necessário para a administração de medicamentos, monitorização e ventilação pelo anestesista, visando garantir segurança aos pacientes (LOPES *et al.*, 2016).

O posicionamento ideal nem sempre pode ser alcançado, expondo os pacientes ao risco de complicações, como: dor musculoesquelética, deslocamento de articulações, danos em nervos periféricos, lesões de pele,

comprometimento cardiovascular e pulmonar e até síndrome compartimental (MIRANDA *et al.*, 2016).

Uma avaliação pré-cirúrgica dos fatores de risco do paciente deve ser feita com a intenção de prevenir complicações durante ou após a cirurgia. À medida que a anestesia bloqueia a capacidade do paciente de reagir à dor e à pressão, o impacto do posicionamento é particularmente importante (SØRENSEN *et al.*, 2016).

Para tanto, a aquisição de conhecimentos em enfermagem cirúrgica e geriátrica é imprescindível devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, como diminuição no turgor da pele, perda de massa muscular e óssea, limitações do movimento, diminuição na absorção de nutrientes e medicamentos, prejuízo no equilíbrio e marcha, lentidão na velocidade e no processamento das informações, diminuição da acuidade auditiva e visual, aterosclerose, dentre outras (BASHAW; SCOTT, 2012).

Nesse contexto, a enfermagem estabelece seu próprio conhecimento através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que no contexto perioperatório, é denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Para tornar viável a SAEP, é essencial implantar a assistência de enfermagem de forma integral e personalizada, nas fases do pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, com a anotação das atividades em instrumento específico (SOBECC, 2017).

Uma estratégia eficaz para implementação da SAE é a utilização de instrumentos que direcionem o profissional na tomada de decisão visando reduzir os riscos de lesões decorrentes da posição cirúrgica inadequada (LOPES; GALVÃO, 2010). Como instrumento norteador para a SAEP, foi elaborado, no Brasil, uma escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO), baseada em estudos sobre a ocorrência de complicações pós-operatórias referentes ao posicionamento cirúrgico inadequado do paciente no período intraoperatório.

A ELPO consiste em um instrumento de avaliação de risco relacionado ao posicionamento cirúrgico de acordo com o tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. O resultado da escala classifica pacientes com escore de 7-19 pontos como de menor risco para o desenvolvimento de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico, e, de 20-35 pontos como de

maior risco (LOPES *et al.*, 2016). A classificação do risco fornecerá ao enfermeiro subsídios para implementar estratégias que minimizem a ocorrência de complicações.

Para se alcançar tal propósito, uma das estratégias de cuidado a ser utilizada, no período perioperatório, é o emprego de protocolos para avaliação do risco cirúrgico. Estes instrumentos propiciam verificar a probabilidade do paciente desenvolver complicações no pós-operatório, decorrentes dos procedimentos cirúrgicos (LOCKS *et al.*, 2016; SARAIVA *et al.*, 2014).

Desta forma, considerando a complexidade do processo de envelhecimento, combinado ao risco de complicações por posicionamento cirúrgico nas pessoas idosas, este capítulo possui como objetivos apresentar as complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico em idosos e o protocolo para avaliação do risco de complicações por posicionamento.

2. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: IMPLICAÇÕES PARA O IDOSO

A ocorrência de complicações perioperatórias está diretamente relacionada à idade mais avançada e à existência de comorbidades. Por isso, o idoso é mais

suscetível à morbimortalidade, exigindo maior atenção por parte dos profissionais de saúde (SCHULZ *et al.*, 2014).

Diante da importância da temática, para a assistência de enfermagem ao idoso, no período perioperatório, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico que ocorrem nos idosos.

As etapas percorridas na elaboração do estudo foram: formulação da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, busca de estudos nas bases de dados, extração de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão (GARCIA *et al.*, 2016). Tendo sido usada a estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa. As buscas e pré-seleção dos estudos foram realizadas nas bases de dados CINAHL, Pub Med, Cochrane, Scopus e Web of Science. Ao serem submetidos aos critérios de inclusão, 17 artigos foram incluídos na revisão. A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

As complicações por posicionamento mais frequentes foram as lesões por pressão (LPP), relacionadas às posições supino e ventral; e as lesões de nervo periférico

(LNP), relacionadas à posição de Trendelenburg associada ou não à litotomia, principalmente nas cirurgias urológicas e neurológicas. A duração cirúrgica prolongada, acima de 2 horas, foi o fator de risco mais evidente, independente do uso de dispositivos de posicionamento.

Evidencia-se, portanto que a escolha da posição na mesa cirúrgica deve ser individualizada e adaptada às necessidades de cada paciente e aos procedimentos previstos na sala de cirurgia. O profissional, atuante no posicionamento, deve ter o conhecimento básico de que a adequada posição cirúrgica é aquela que oferece o máximo de segurança ao idoso e facilita o ato anestésico-cirúrgico (SARAIVA *et al.*, 2014).

Neste sentido, um método eficaz a ser empregado, pela equipe de saúde que atende o idoso, é a utilização de escalas para avaliar o risco complicações por posicionamento cirúrgico (SANTOS; ARAÚJO, 2014).

Os fatores de risco para complicações por posicionamento podem ser intrínsecos e extrínsecos. Dentre os intrínsecos, destacam-se: idade, peso corpóreo, estado nutricional e enfermidades crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão, vasculopatias, neuropatias e anemia. Já os extrínsecos são o tipo e tempo de cirurgia, anestesia, problemas no controle da temperatura corporal, posições

cirúrgicas e imobilização devido ao posicionamento (MIRANDA *et al.*, 2016).

Portanto, conhecer os fatores de risco para complicações, assim como adotar métodos para sua prevenção, é um artifício importante para minimizar tais eventos, reduzindo os riscos para o idoso (SANTANA, 2014).

3. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM IDOSOS

Protocolos são documentos criados, de forma organizada, para subsidiar os profissionais de saúde sobre condutas adequadas, na assistência ao paciente, em determinadas condições (STUQUE *et al.*, 2017). A sua utilização tem o objetivo de uniformizar o cuidado e ampliar a segurança do procedimento (BARROS *et al.*, 2017). É norteado por princípios da segurança do paciente propicia a prevenção de complicações cirúrgicas através da identificação dos fatores de risco (LOCKS *et al.*, 2016).

Nesse sentido, reflete-se sobre a importância da implantação de diretrizes e protocolos clínico-cirúrgicos e organizacionais, com vistas a garantir cuidados em saúde,

minimizando os riscos aos idosos (DEL CORONA; PENICHE, 2015).

O emprego de protocolos construídos a partir de evidências científicas contribui para a promoção de uma assistência de maior qualidade por reduzir a variabilidade de cuidados de saúde; por auxiliar na integração das equipes de trabalho, dos processos interativos, éticos e na precisão de diagnósticos; e por promover maior eficácia terapêutica (ROSENFELD *et al.*, 2013). Dessa forma, favorece maior segurança para o paciente e para o profissional, permitindo a elaboração de indicadores de processos e resultados, aprimorando a qualidade da assistência e o uso racional de recursos (PIMENTA *et al.*, 2015).

Com base nisso, os protocolos buscam padronização, mas sem deixar de reconhecer os múltiplos cenários que um mesmo tópico pode ofertar e que requerem adaptação dentro de limites pré-determinados (CATUNDA *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, a utilização de protocolos confere qualidade às ações de cuidado e de gestão, proporcionando uma atenção adequada (VIEIRA *et al.*, 2016).

A construção e implantação de protocolos deve considerar a qualidade das recomendações e exequibilidade de implementação, além do comprometimento dos profissionais implicados no processo de trabalho, priorizando

aspectos críticos (SILVA *et al.*, 2017). Somada a isso, a construção de protocolos deve ser fundamentada nos elementos de qualidade, quantidade e consistência dos estudos revisados (PIMENTA *et al.*, 2015).

Assim, a literatura aponta a relevância dos protocolos como um instrumento objetivo, de fácil acesso e gratuito, sendo importantes para o avanço da assistência de enfermagem por meio de uma linguagem padronizada na implementação do cuidado (ALVES *et al.*, 2017).

Para subsidiar a construção do protocolo de avaliação de risco para desenvolvimento de complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico em idosos, utilizou-se como referência o material didático *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço* (WERNECK *et al.*, 2009), seguindo os seguintes passos:

- **Apresentação:** trata dos aspectos que promovem a elaboração de um protocolo organizacional, explana sobre o problema abordado.

- **Objetivo:** elaborado a partir da identificação das necessidades principais para aplicação do protocolo organizacional de avaliação de risco para complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico, como também, identificar e alterar os condicionantes e determinantes dos problemas a serem abordados, considerar a magnitude,

transcendência, vulnerabilidade e efeitos dos mesmos.

- **Condicionantes e Determinantes:** situações definidas pelo indivíduo e pelo meio em que vive. Dizem respeito ao estilo de vida e suas consequências sobre a saúde.

- **Magnitude:** aponta a qualidade, quantidade e condição em que o risco para complicação decorrente do posicionamento cirúrgico é tratado.

- **Transcendência e vulnerabilidade:** denota a realidade do tratamento oferecido aos pacientes idosos que estão expostos aos riscos de complicações devido ao posicionamento cirúrgico. A equipe conhece e tem acesso a algumas tecnologias para prevenção de lesões por posicionamento (braçadeiras, perneiras), mas não tem controle sobre medidas de prevenção e promoção mais efetivas.

- **Efeitos:** diz respeito à gravidade do problema quando não é resolvido e à sobrecarga para os serviços de saúde.

Baseado nesses tópicos e nas Práticas recomendadas pela Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC, 2017), o protocolo constituiu-se de introdução, objetivo, abrangência,

competência, diretrizes antes e após posicionar o paciente na mesa cirúrgica, e aplicação da ELPO.

A validação, por meio do entendimento de *experts*, é uma prática usada na área da enfermagem para validação de escalas, de diagnósticos de enfermagem e adaptações transculturais de instrumentos de pesquisa (MENEZES *et al.*, 2013). Além disso, essa estratégia mostra-se útil e apropriada no direcionamento dos cuidados e nos seus recursos envolvidos (MOTA *et al.*, 2017).

O instrumento deve ser analisado por cinco a 10 juízes e ter uma concordância não inferior a 0,78 (PEDROSA, 2018). Tais especialistas validam o protocolo em uma perspectiva de adequação à sua utilização ao ensino e a uma melhor assistência. Avaliam a qualidade, os objetivos, o conteúdo e a relevância do protocolo. Os resultados demonstram se o protocolo está adequado para ser aplicado no ensino teórico de acadêmicos, residentes e profissionais de enfermagem. A avaliação por especialistas possibilita oferecer um material didático seguro, relevante, com informações confiáveis e atuais sobre o âmbito da saúde (MELO *et al.*, 2014).

Para a efetivação da validação de conteúdo, foram selecionados 10 juízes que atenderam aos critérios de seleção que foram: ser enfermeiro e possuir experiência

clínica e/ou acadêmica no tema (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O parecer dos juízes baseou-se na concordância das respostas sobre cada item proposto no protocolo e do protocolo como um todo. Além da concordância, também foram analisadas as sugestões registradas pelos juízes.

Para avaliar o grau de concordância entre os juízes foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que se constitui de um método que afere a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre o instrumento e seus itens. Viabiliza analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Os resultados adquiridos, através do cálculo do IVC, mostraram-se válidos para 95% das respostas apreciadas pelos juízes, e o valor do grau de concordância, entre eles, foi no mínimo de 0,71. O nível de concordância entre os juízes, com relação aos itens do Protocolo, foi considerado, pela maioria, como relevante.

Foram realizadas alterações no texto como um todo, a fim de torná-lo mais atrativo e esclarecedor. As alterações mais significativas foram no item “diretrizes antes de posicionar o paciente”, onde se ressaltou a importância de verificar a funcionalidade da mesa cirúrgica e a disponibilidade de recursos de proteção.

Quanto à adequação do protocolo, as sugestões consideradas pertinentes, feitas pelos avaliadores, foram acatadas, o que resultou na versão final apresentada em seguida:

4. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM IDOSOS

INTRODUÇÃO

Este protocolo propõe implantar a escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO) para pessoa idosa, submetida a cirurgias eletivas. A ELPO, (anexo A), consiste em um instrumento de avaliação de risco relacionado ao posicionamento cirúrgico de acordo com o tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. A escala estabelece o seguinte escore de risco para o desenvolvimento de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico: Menor risco = 7-19 pontos; Maior risco = 20-35 pontos (LOPES et. Al., 2016). Sendo as complicações mais frequentes: lesões de pele, lesões em nervos periféricos, dor muscular, deslocamento de

articulações e dano cardiovascular e pulmonar (LOPES; GALVÃO, 2010).

OBJETIVO

Implantar a escala de avaliação de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico – ELPO – em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que se submetam a cirurgias eletivas de qualquer especialidade.

ABRANGÊNCIA

Direcionada a todos os pacientes idosos que forem submetidos a cirurgias eletivas.

COMPETÊNCIAS

Compete ao enfermeiro a aplicação do protocolo após o posicionamento do paciente na mesa operatória.

DIRETRIZES

**ANTES DE
POSICIONAR O
PACIENTE
(SOBECC, 2017).**

- Verificar funcionalidade da mesa cirúrgica e disponibilidade de dispositivos de proteção (colchonetes da mesa cirúrgica, travesseiros, lençóis, rodilhas, almofadas de silicone, cintas fixadoras, coxins de espuma, gel ou viscoelástico);

- Avaliar presença de limitação do movimento e/ou amplitude dos membros, circulação periférica, integridade da pele e estado neurológico do paciente;

- Perguntar ao paciente se refere dor ou qualquer desconforto em alguma parte do corpo, caso idoso consciente e orientado.

DIRETRIZES	- Manter alinhamento corporal;
APÓS	- Proteger os olhos e as proeminências ósseas,
POSICIONAR O	utilizando dispositivos de proteção, quando
PACIENTE	disponíveis;
(SOBECC, 2017).	- Evitar hiperextensão ou compressão muscular e nervosa;
	- Observar se a equipe cirúrgica não se apoia, em momento algum, sobre o corpo do paciente.
APLICAÇÃO DA	- Preencher a escala ELPO (Anexo A) para
ELPO	estabelecimento do risco de lesão por posicionamento cirúrgico.
	Escore da ELPO
	≤ 19 = risco baixo = seguir observando
	≥ 20 = risco alto = priorizar o uso de dispositivos de proteção;
	reposicionar algum membro do corpo para diminuir o risco;
	observação rigorosa.
	- Estar atento às mudanças de posicionamento no intra-operatório e anotá-las, dando novo escore.

5. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Os benefícios da utilização do protocolo, no Centro Cirúrgico serão tanto para os profissionais e os pacientes quanto para o Serviço.

Para os profissionais, o uso desse tipo de instrumento auxiliará na tomada de decisão diante do cuidado perioperatório, norteador práticas efetivas, como a utilização de dispositivos de proteção necessários a um posicionamento adequado, de acordo com as particularidades da pessoa idosa, evitando a ocorrência de complicações.

Para o Serviço, o uso do protocolo dará subsídios para se justificar gastos com o paciente relacionados à prevenção e ao tratamento das complicações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As complicações por posicionamento representam um grande desafio para o cuidado perioperatório, devido aos diversos fatores que as determinam. As evidências científicas demonstraram que as mais frequentes foram as lesões por pressão, relacionadas às posições supino e ventral; e as lesões de nervo periférico relacionadas à posição de Trendelenburg.

A construção do protocolo foi norteador por referencial teórico e a validação de conteúdo foi realizada por 10 juízes, alcançando o IVC de 95 %.

O processo de validação do protocolo mostrou ser um instrumento válido para detectar/minimizar os riscos de complicações por posicionamento cirúrgico, possibilitando seu uso como uma importante estratégia de assistência ao paciente cirúrgico idoso por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, proporcionando a padronização do cuidado e a segurança do procedimento.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em 10 mar de 2018.

ALVES, Vanessa Cristina *et al.*, Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 25, 2017. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 12 dez 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas SOBECC**. 7 ed. São Paulo: Manole, 2017.

BARROS, Antônio Augusto Guimarães *et al.*, Avaliação da eficácia do protocolo para cirurgias seguras do quadril (artroplastia total). **Rev Bras. Ortop**, v. 52, n. 1, p.29-33, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v52s1/pt_1982-4378-rbort-52-s1-0029.pdf>. Acesso em 11 out 2018.

BASHAW, Marie; SCOTT, Dana N. Surgical Risk Factors in Geriatric Perioperative Patients. **AORN Journal**, v. 96, n. 1, p. 58-74, 2012. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22742752>>. Acesso em 29 set 2017.

CATUNDA, Hellen Livia Oliveira *et al.*, Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para Construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00650016.pdf>. Acesso em 25 out 2018.

CAVALCANTI, Sandra Lopes; JUCÁ, Mário Jorge. Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral e digestiva. **Rev. Port. Saúde e Sociedade**, v.1, n.1, p. 42-54,2016. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5455>> Acesso em 11 abr 2018.

DEL CORONA, *Arminda Rezende de Pádua*; PENICHE, *Aparecida de Cássia Giani*. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **REV. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, 2015. Disponível em <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/88>>. Acesso em 18 mai 2018.

FIGUEIREDO, *Maria Ediliane Dantas et al.*, Systematization of nursing care: perceptions of nurses of a teaching school. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6981-8, 2013. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12367>>. Acesso em 8 jan 2019.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Sintomas depressivos em idosas: conhecer para cuidar. **Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.18, n 2, p.147, 2017. Disponível

<<https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/3240/324051258001/8>Acesso em 22 abr 2018.

GARCIA, Aline Korki Arrabal; FONSECA, Lúgia Fahl; ARONI, Patrícia; GALVÃO, Cristina Maria. Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1215-1222, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601215&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 22 set 2018.

JEREZ-ROIG, Javier *et al.*, Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016001103367&script=sci_arttext. Acesso em 16mar 2018.

LOCKS, Melissa Orlandi Honório *et al.*, Assistência de Enfermagem Segura e Qualificada: Avaliação do Risco Cirúrgico no Cuidado Perioperatório ao Idoso. **Cogitar e Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 01-07, 2016. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45265>>. Acesso em 28 nov 2018.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes *et al.*, Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100395&lng=en>. Acesso em 27 fev 2017.

LOPES, Camila Mendonça de Moraes; GALVÃO, Cristina Maria. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 10 out 2017.

MELO, Danielli Fernanda Ferreira de; NUNES, Thamara Adryelle de Sousa; VIANA, Magda Rogeria Pereira. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **R. Interd**, v. 7, n. 2, p. 36-44, 2014. Disponível em <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/425>>. Acesso em 12 set 2018.

MENEZES, Sonia *et al.*, Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco. **Acta MedPort**, v. 26, n. 1, p.12-16, 2013. Disponível em <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4006/3204>>. Acesso em 21 mai 2018.

MIRANDA, Amanda Braz FOGAÇA, Amanda Rosa; RIZZETTO, Mariane; LOPES, Laura Cristina Cuvello. Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev. SOBECC**, v. 21, n. 1, p 52-58, 2016. Disponível em <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/42>>. Acesso em 15 set 2017.

MOTA, Jaqueline Pereira; MENEZES, Ruth Losada; VILAÇA, Karla Helena Coelho. Procedimentos cirúrgicos e idosos longevos: Revisão da literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2017. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31840/22115>>. Acesso em 30 mai. 2018.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. Envelhecimento e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. **Espaço e Econonia**. v. 8, 2016. Disponível em <<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/2140>>. Acesso em 27 out 2018.

PEDROSA, KarilenaKarlla de Amorim; OLIVEIRA, Suelen Alves de; MACHADO, Regimar Carla. Validação de protocolo assistencial ao paciente séptico na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 71, n. 3, p.1172-

80, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1106.pdf>. Acesso em 22 nov 2018.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos *et al.*, Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em 11 ago 2018

ROSENFELD, Richard M.; SHIFFMAN, Richard N.; ROBERTSON, Peter. Clinical Practice Guideline Development Manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol. Head Neck Surg**, v. 148, n. 1, p.1-55, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23243141>>. Acesso em 16 ago 2018.

SANTANA, Juliane Rodrigues Ferreira de. **Proposta de implantação de protocolo de precauções-padrão para profissionais de enfermagem da unidade de urgência de uma maternidade pública**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SANTOS, Helânia Virginia Dantas dos; ARAÚJO, C.M.S. Estado nutricional pré-operatório e incidência de complicações cirúrgicas em pacientes idosos do Estado de Pernambuco (Brasil) submetidos a cirurgias gastrointestinais. **Nutr. clín. diet. hosp.**, v. 34, n. 1, p.41-49, 2014. Disponível em <<https://revista.nutricion.org/PDF/estado-nutricional-preoperatorio.pdf>>. Acesso em 22 ago 2018.

SARAIVA, Isabella Leonetti; PAULA, Maria de Fátima Corrêa; CARVALHO, Rachel de. Úlcera por pressão no período transoperatório: ocorrência e fatores associados. **Rev. SOBECC**, São Paul, , v. 19, n 4, p. 207-213, 2014. Disponível

em

<http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_207-213.pdf>. Acesso em 26 mai 2018.

SCHULZ, Renatada Silva *et al.*, Necessidade de movimentar-se e manter uma boa postura no idoso cirúrgico: quase-experimento. **Rev. Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 6, n. 1, p. 398-407, 2014. Disponível em <<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=505750621029>>. Acesso em 29 nov 2018.

SILVA, Joana Angélica Santos Veloso e *et al.*, Glosas Hospitalares e o Uso de Protocolos Assistenciais: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. Disponível em <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/13>>. Acesso em 5 out 2018.

SØRENSEN, Erik Elgaard; KUSK, Kathrine Hoffmann; GRØNKJÆR, Mette. Operating room nurses positioning of anesthetized surgical patients. **J ClinNurs**, v. 25n.5-6, p.:690-8, 2016. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13000>>. Acesso em 15 set 2017.

STUQUE, Alyne Gonçalves e *et al.*, Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 272-82, 2017. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/19271/29984>>. Acesso em 28 set 2018.

VIEIRA, Maria Manuela Sá. Fatores determinantes na incidência de úlceras por pressão no bloco operatório em doentes submetidos a cirurgia major. **Escola Superior de Saúde**, 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1888>. Acesso em 04 jun 2018.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, **Coopmed**, p. 84, 2009.

CAPÍTULO 04

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS

Bárbara Maria Soares Pereira Wanderley
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o envelhecimento um processo de vida influenciado por vários fatores socioeconômicos de cada nação, afirmando que o mundo se encontra no centro de uma transição demográfica irreversível que resultou no rápido envelhecimento. A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos, em cinco anos, correspondem a um crescimento de 18 % desse grupo etário que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil (IBGE 2015). Do ponto de vista da proteção da pessoa idosa, salienta-se que o Pacto pela Vida, no Brasil,

considera a população idosa uma das seis prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção do envelhecimento ativo e saudável e à atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Além disso, o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003) assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa.

O acelerado envelhecimento da população brasileira aliado ao aumento da longevidade dos idosos, traz desafios na estruturação das redes de atenção à saúde em todo o país, gerando uma carga maior de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Como consequência deste fato, destaca-se o surgimento de novas demandas de saúde e aumento da procura pelos seus serviços. O envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidade e dependência, porém incrementa vulnerabilidades nos aspectos biopsicossociais, pois o sistema de saúde precisa se adequar às demandas de saúde da população idosa.

Entende-se que há a necessidade de superação do modelo de atenção à saúde do idoso centrado no diagnóstico e no tratamento de doenças para um cuidado

que contemple a articulação de ações de promoção à saúde e ações preventivas e curativas com vista ao alcance da integralidade em saúde. Neste sentido, a atenção à saúde do idoso deve ser pautada no processo de envelhecimento em suas dimensões biopsicossociais, entendendo o significado individual da pessoa que envelhece.

A atenção à saúde da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na sua funcionalidade. A presença de declínio funcional no idoso pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a avaliação multidimensional da pessoa idosa ocorre quando se investigam condições individuais, funcionais, cognitivas, afetivas, familiares, sociais, bem como utilização de redes de suporte à saúde. Sendo assim, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) é considerada eficaz quando desenvolvida por uma equipe multiprofissional que tem por objetivo quantificar capacidades e problemas de saúde psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico, em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

Nesse cenário, destaca-se o papel fundamental da atenção básica como porta de entrada preferencial dos

serviços de saúde. Neste espaço de produção do cuidado multiprofissional, todas as ações voltadas à atenção à saúde do idoso são de responsabilidade da equipe de saúde. O enfermeiro, enquanto membro da equipe mínima, desenvolve ações de gerência e planejamento, além do cuidado direto e planejamento de práticas educativas. Assim, o enfermeiro tem na atenção básica à saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, quer seja por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como por meio de atividades de educação em saúde que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo (COFEN, 2017).

A AMPI visa instrumentalizar os serviços de atenção básica para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Pessoas idosas (60 anos ou mais) são portadoras de condições crônicas, podendo apresentar incapacidades e dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), sendo necessário cuidados continuados e permanentes. Neste sentido, a avaliação de suas condições de saúde-doença e psicossociais e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS e de Plano de Cuidados específico são fundamentais para melhorar e manter sua capacidade funcional. A AMPI na

atenção básica permite que se conheçam as necessidades de saúde da população idosa, classificando-a segundo o grau de fragilidade e categorizando os idosos em saudáveis, pré-frágeis e frágeis, permitindo a organização do atendimento na rede e a elaboração de Planos de Cuidados. A AMPI-AB foi elaborada baseando-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e está organizada em um questionário inicial com perguntas com respostas autorreferidas, que abrangem as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) e seus desdobramentos que são planos de cuidados, encaminhamentos e fluxos, deverão ser aplicados por profissionais da Atenção básica devidamente capacitados para esse fim. Acredita-se que o enfermeiro necessita se apropriar das dimensões da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e capacitar-se para sua aplicabilidade como forma de qualificar sua assistência por meio da operacionalização do processo de enfermagem durante a consulta de enfermagem. A relação entre o profissional de saúde e o idoso, nesse momento da avaliação, oferecerá

oportunidade para uma comunicação efetiva e planejamento da assistência de qualidade. Permitirá ao idoso expressar-se diante de suas necessidades, e ao profissional, ouvir os motivos que levaram o idoso a procurar o serviço de saúde.

Neste capítulo, utilizou-se o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta (2011), adaptando-se o referido modelo ao instrumento de avaliação multidimensional proposta pelo Ministério da Saúde, para respaldar a consulta de enfermagem que necessita de um referencial teórico de suporte, tendo em vista a identificação das necessidades de saúde que requerem cuidados. Portanto, para que a enfermagem atue de forma efetiva, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico que é o Processo de Enfermagem. O PE direciona a prática profissional do enfermeiro e foi introduzido, no Brasil, em meados da década de 1970 por Wanda Horta que desenvolveu um modelo teórico com nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) trabalhadas por Maslow na Teoria da Motivação Humana. Além das NHB de Maslow, Horta adotou a denominação de João Mohana, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. As necessidades psicobiológicas são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem

planejamento. Do nível psicobiológico do homem, manifesta-se, por exemplo, a vontade de banhar-se e repousar. As necessidades psicossociais são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais. As necessidades psicoespirituais são aquelas por meio das quais o homem procura compreender o que vivencia de inexplicável, cientificamente, transcendendo as linhas que limitam sua experiência no mundo.

Neste contexto, este capítulo tem como objetivos contextualizar a Consulta de Enfermagem à pessoa idosa na Atenção Básica à Saúde, descrever a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) na Atenção Básica à Saúde com base nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) e apresentar uma proposta de capacitação para enfermeiros subsidiada na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) e no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas (NHB).

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, publicou, nos anos de 2013 e 2014, o documento

“Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral” (BRASIL, 2014) que tem por objetivo orientar a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, apresenta-se como ordenadora do cuidado e este deve considerar as especificidades desse grupo populacional, a partir de sua capacidade funcional.

Nesse sentido, a estratégia fundamental é lançar mão da avaliação multidimensional da pessoa idosa, que auxilia no planejamento do cuidado, sendo, necessariamente, realizada por equipe interdisciplinar (MORAES, 2014). Algumas iniciativas integradas são importantes para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional, tais como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o Caderno da Atenção Básica (BRASIL, 2006) e a capacitação dos profissionais.

O desafio consiste em incluir a discussão sobre o envelhecimento da população brasileira nas agendas estratégicas das Políticas Públicas. No âmbito da Saúde, o

desafio é ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, concretizar ações intersetoriais nos territórios com foco nas especificidades e demandas de cuidado da população idosa. Cabe destacar que o cuidado à Saúde da Pessoa Idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado.

O enfermeiro da Atenção básica é responsável, na maioria das vezes, por prestar o acolhimento no primeiro momento do dia com o usuário. Para tanto, o enfermeiro tem como função promover ações de prevenção e controle de doenças, buscando solucionar problemas na população. Nesse enfoque, a Sistematização da Assistência de Enfermagem apresenta como estratégia o cuidado holístico com a pessoa idosa. A coleta de informações é uma necessidade que deve ser implementada pela equipe de enfermagem, favorecendo a identificação das condições gerais do paciente, fundamentando a prática de enfermagem e contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento próprio da profissão, bem como qualificação da assistência de enfermagem à pessoa idosa (MIRANDA *et al.*, 2013).

Sistematizar a Assistência de Enfermagem é uma

exigência legal estabelecida na Resolução COFEN nº 358 de 2009. O instrumento metodológico proposto para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o Processo de Enfermagem que proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados e que deve ser direcionado por um referencial teórico. No desenvolvimento do processo de enfermagem, há a necessidade de construção de vínculo entre paciente e enfermeiro. No Brasil, a SAE tem sido operacionalizada em etapas análogas ao método científico que envolvem: levantamento de problemas, formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

A Resolução 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem, determina que a assistência de enfermagem deve ocorrer de forma organizada com método estratégico de ação para implantação do processo de enfermagem. Portanto, a enfermagem consolidada como profissão e ciência deve estar fundamentada e guiada pelas teorias de enfermagem, a fim de auxiliar na compreensão do processo de enfermagem focalizando na assistência e nas necessidades dos clientes.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de

Enfermagem nº 7.498/, art. 11, é competência do enfermeiro exercer todas as atividades de enfermagem, sendo prerrogativa deste profissional executar o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Além disso, a Resolução COFEN nº 358/2009, Art. 1º, afirma que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada no Brasil, sendo de incumbência exclusiva do profissional enfermeiro o diagnóstico e prescrição de enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é essencial para estabelecer uma organização de métodos interdisciplinares e humanizados para o cuidado holístico do paciente, favorecendo, assim, uma assistência privativa da enfermagem baseada em evidências científicas. Nesse enfoque, o registro e informações coletados devem ser utilizados na rotina do enfermeiro, visando contribuir com a valorização do profissional fundamentada na assistência com o objetivo de melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente (MIRANDA *et al.*, 2013).

Considerando-se as especificidades da pessoa idosa, o enfermeiro tem o compromisso em desenvolver um conjunto de ações voltadas para promoção da saúde da pessoa idosa, visando proporcionar uma investigação

atentiva às suas necessidades e nas perspectivas de uma atenção humanizada, sistematizada e na implementação das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa (VARELA, FERNANDES, 2013).

É importante ressaltar alguns aspectos que são facilitadores para o enfermeiro realizar a avaliação da pessoa idosa. É necessário que tenha conhecimento sobre as alterações e as mudanças típicas decorrentes no processo de envelhecimento para garantir um atendimento eficaz. O cuidar inclui a redução de fatores de risco previsíveis com o intuito de buscar o melhor funcionamento possível do indivíduo. Portanto, será necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional com uma visão interdisciplinar, no intuito de incrementar a somatória de conhecimentos do grupo, a interação dos profissionais em um só objetivo, de forma a compreender a complexidade da realidade, e não mais uma visão limitada e restrita do mundo (ROCHA JÚNIOR *et al.*, 2011).

O modelo conceitual elaborado por Wanda de Aguiar Horta na década de 70 fundamentou-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que desenvolveu um modelo que se baseava nas necessidades humanas básicas. Este modelo universal influencia o comportamento humano que varia de um indivíduo para outro, tais como: autorrealização,

autoestima, sexualidade, segurança e amor, que são necessários para a sobrevivência (HORTA, 2011). Para os enfermeiros, as teorias podem ser utilizadas para compreender o processo de enfermagem de forma holística, e sua aplicabilidade assegura as intervenções voltadas para a assistência ao indivíduo e não apenas para a patologia. Acredita-se que os modelos teóricos e as teorias de enfermagem são ferramentais, em que possibilitam a operacionalização e o desempenho da assistência de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O enfermeiro presta o cuidado integral ao idoso de forma que emergem vários dados referente ao paciente. Com isso, o enfermeiro precisa de um suporte teórico e prático para alcançar todos as metas referente a assistência. A capacitação desses profissionais é uma das estratégias para a Atenção Primária, visando melhoria do atendimento e das inovações no que diz respeito a saúde do idoso. Para isso, faz-se necessário o desejo desses profissionais em procurar melhorias para suas condutas quanto equipe e paciente (CLARES *et al.*, 2016).

3. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA COM BASE NAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Diante da complexidade da Consulta de Enfermagem à pessoa idosa, sugere-se uma avaliação mais eficaz nas consultas subsequentes, que pode ser feita através da Avaliação Multidimensional rápida da pessoa idosa. Esta avaliação tem como objetivo identificar problemas de saúde, condicionantes do declínio funcional na pessoa idosa, além de indicar a utilização de instrumentos mais complexos, quando necessário. Portanto, a avaliação é apenas um instrumento de identificação dos problemas, sendo necessário à investigação posterior de cada problema encontrado seja durante uma consulta de enfermagem ou com outros profissionais que a pessoa idosa seja encaminhada. A avaliação deve ser pautada na → Entrevista direcionada a aspectos de relevância; → Exame físico; → Avaliação os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o usuário e/ou familiares/cuidadores; → Avaliação dos resultados de exames e encaminhamentos necessários para os demais profissionais da equipe de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o instrumento apresentado no Quadro 1 faz uma síntese da

estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básica de Saúde; Unidade de Referência de Saúde da pessoa idosa; Unidade de Atendimento Domiciliar, entre outras. Ele deve ser utilizado de forma a complementar a consulta de enfermagem.

Quadro 1 - Síntese da estrutura da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.

NECESSIDADES BIOLÓGICAS	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	Perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual: ____ kg Altura: ____ cm IMC = ____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos, desnutrição ou obesidade. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos.
VISÃO	Tem dificuldade para dirigir, ver TV, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária, devido a problemas visuais?	Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é, satisfatoriamente, normal. Se não for além da 4ª linha existe a grave possibilidade de perda de capacidade visual. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários

AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: _____ Ouvido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e, caso a pessoa idosa não responda ao teste, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
INCONTINÊNCIA	Às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência	Pesquisar as causas.
ATIVIDADE SEXUAL	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais? Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	Se SIM, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade.
HUMOR/ DEPRESSÃO	Sente-se triste ou desanimado/a frequentemente?	Se SIM, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica

COGNIÇÃO/ MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Vaso, Carro e Tijolo. Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de Katz.

	Fazer compras? ___ Se não: Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	
DOMICÍLIO	Na sua casa há: Escadas? ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___	SIM para escada ou tapete e NÃO para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA NOS ULTIMOS 12 MESES	Quantas vezes? ___ Com qual frequência? ___	Orientar quanto prevenção de quedas
SUPOORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ___ Quem poderia ajudá- lo/a? ___	Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoia-lo/a.

Fonte: Brasil, 2006.

O Processo de Enfermagem direciona a prática profissional do enfermeiro e foi introduzido, no Brasil, em meados da década de 1970 por Wanda Horta que

desenvolveu um modelo teórico baseado nas NHB trabalhadas por Maslow na Teoria da Motivação Humana. Essa teoria apoia-se e engloba três princípios gerais: a) a lei do equilíbrio (homeostase): todo o universo mantém-se por processos de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; b) a lei da adaptação: os indivíduos procuram se manter em equilíbrio a partir da interação com o seu meio externo; e c) a lei do holismo: o todo não é simplesmente a soma das partes, mas o conjunto delas. Além das NHB de Maslow, Horta adotou a denominação de João Mohana, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. As necessidades psicobiológicas são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento. Do nível psicobiológico do homem, manifesta-se, por exemplo, a vontade de banhar-se e repousar. As necessidades psicossociais são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais. As necessidades psicoespirituais são aquelas por meio das quais o homem procura compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando as linhas que limitam sua experiência no mundo.

Neste estudo, adaptou-se o instrumento de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, proposto pelo Ministério da Saúde, ao Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta através de uma categorização das etapas da avaliação em relação às dimensões do modelo das NHB, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Adaptação do instrumento de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa proposta pelo Ministério da Saúde ao Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta.

AValiação Cognitiva		
COGNição/ MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Vaso, Carro e Tijolo Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
HUMOR/ DEPRESSÃO	Sente-se triste ou desanimado/a frequentemente?	Se SIM, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica
AValiação Funcional		
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos

	de volta.	necessários.
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: - Caminhar 3,5m: -Voltar e sentar: - Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___ Se não: Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de Katz.
QUEDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	Quantas vezes? ___ Com qual frequência? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de Quedas.
AValiação das Necessidades Humanas Básicas		
NECESSIDADES PSICOBiológicas		
NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO	Perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? ___	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos,

	Peso atual: ____ kg Altura: ____ cm IMC = ____	desnutrição ou obesidade. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários
NECESSIDADE DE PERCEPÇÃO: VISÃO	Tem dificuldade para dirigir, ver TV, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária, devido a problemas visuais? Se sim, aplicar a Escala Optométrica de Snellen: Olho Direito: ____ Olho Esquerdo: ____	Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é, satisfatoriamente, normal. - Se não for além da 4ª linha existe a grave possibilidade de perda de capacidade visual. Discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários
NECESSIDADE DE PERCEPÇÃO: AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: ____ Ouvido Esquerdo: ____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: ____ OE: ____	Na ausência de cerume e, caso a pessoa idosa não responda ao teste, discutir em equipe e fazer os encaminhamentos necessários.
NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO		
NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO: INCONTINÊNCIA	Às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incomodo	Pesquisar as causas.

	ou embaraço? ____ Definir quantidade e frequência	
NECESSIDADE DE AMOR E GREGÁRIA: ATIVIDADE SEXUAL	Tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais? Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	Se SIM, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____	Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____ Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Sugestão: realizar genograma e ECOMAPA ou, Mapa Mínimo de Relações.

SEGURANÇA AMBIENTAL	Na sua casa, há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	SIM para escada ou tapete e NÃO para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	Como o Sr (a) tem vivido a sua religiosidade e espiritualidade no seu dia a dia?	A compreensão dos sentidos da religiosidade e espiritualidade no vivido da pessoa idosa longaeva poderá direcionar as práticas do cuidado ofertadas pelos profissionais de saúde considerando os saberes, as crenças e hábitos do ser que é alvo do seu cuidado, pois, este significado pode refletir positiva ou negativamente no seu modo de ser e de viver o envelhecimento.

Fonte: Os autores.

4. PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS SUBSIDIADA NA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA E NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

4.1 Apresentação

A formação em saúde é um dos desafios que aponta para mudanças necessárias à ampliação de conhecimentos. Pensar em processos educacionais contínuos, capazes de englobar as demandas dos serviços, dos profissionais inseridos e da população que recebe a atenção, requer uma educação permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, bem como a capacidade de formar profissionais inseridos nos espaços de trabalho, em contato com a realidade.

A Constituição Federal no Art. 196 diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, o país encontra dificuldade em atender a população, principalmente a mais carente. No Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da

cidadania e sua qualificação para o trabalho. Nos serviços de saúde, a população tem o direito de encontrar profissionais bem preparados para receber suas demandas, com perfil de atuação qualificado para corresponder às suas demandas profissionais.

O trabalho em saúde considera diversas visões e necessidades que se estendem para além dos muros dos serviços de saúde e das Instituições de Ensino, transcendem o mercado de trabalho e se deparam com mudanças trazidas pelas transições demográficas e epidemiológicas, decorrentes do envelhecimento da população, crescimento de doenças crônicas degenerativas e a concomitância das doenças transmissíveis. Portanto cabe a todos a responsabilidade de pensar qual o tipo de profissional queremos e necessitamos para a nossa realidade.

O livro Reflexões e inovações na Educação de Profissional de saúde volume I 2018, apresenta os desafios para a formação profissional (p.3):

“Inquestionavelmente, os sistemas de saúde estão cada vez mais desafiados pela necessidade de equacionar custos, qualidade, disponibilidade e acessibilidade aos serviços e equidade no cuidado. Desde uma perspectiva política, a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a relação dos profissionais com os usuários que se tornam mais autônomos e se empoderam do seu

cuidado. Todas essas mudanças implicam a revisão das capacidades requeridas para o profissional de saúde enfrentar essas necessidades, fortalecendo a ideia de que aprender a aprender, permanentemente, faz parte de um novo conjunto de capacidades na formação profissional.” (LIMA, PADILHA, 2018).

Assim, a presente capacitação propõe o compromisso de fortalecer SUS, objetivando-se dentre outras coisas, contribuir com as necessidades de ensino aprendizagem dos profissionais que buscam, por meio de metodologia ativa, prestar cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade proporcionando satisfação ao usuário.

Na perspectiva da Educação Permanente e Educação Continuada, necessita-se de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional e municipal, considerando-se o conceito de Educação Permanente em Saúde para articular necessidades dos serviços de saúde, possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, capacidade resolutiva dos serviços de saúde e gestão social sobre políticas públicas de saúde.

4.2 Objetivos

A presente proposta de intervenção pedagógica, tem como objetivo capacitar enfermeiros(as) que atuam na

Atenção Básica à Saúde nas dimensões da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. Para facilitar a participação e adesão de maior número de profissionais, a capacitação será oferecida na modalidade presencial e EaD. O foco do trabalho que se propõe é o aperfeiçoamento dos métodos e instrumentos da avaliação multidimensional da pessoa idosa, partindo-se das potencialidades e fragilidades que se apresentam no atual contexto da prática profissional do enfermeiro, tendo em vista a ressignificação do processo de trabalho.

Em Vygotsky (1998) encontra-se que a experiência é ação. Dessa práxis emerge a condição pedagógica necessária aos processos de aprendizagem, permitindo a produção de conhecimento. Então afirma-se que, a aprendizagem possuiu um caráter sócio cultural, ou seja, que o aprendizado humano pressupõe uma natureza social específica e um processo através do qual os sujeitos fazem com a vida que os cerca, como também que somente a práxis, é capaz de superar os desafios da formação dos trabalhadores, em especial os da saúde.

O curso está ancorado em pressupostos da educação de adultos e busca estimular a capacidade de:

- Aprender a aprender;
- A integração ensino-serviço;

- Envolver os enfermeiros(as) na reflexão da sua prática profissional no cuidado ao idoso, tendo em vista sua ressignificação;

- Discutir as formas de comunicação com o idoso;

- Discutir as mudanças do perfil etário da população, características do processo de envelhecimento e ações de promoção, prevenção, proteção;

- Discutir as dimensões da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa subsidiadas no Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas NHB;

Pretende, sobretudo, aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento produzido e o diálogo entre esses saberes no cotidiano do trabalho do enfermeiro(a) da Atenção Básica considerando a realidade da região e ou do equipamento de saúde, nas diferentes dimensões do trabalho e da formação em saúde.

4.3 Conteúdo programático

A capacitação para profissionais enfermeiros(as) que atuam na Atenção Básica à Saúde nas dimensões da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa com ênfase em Educação Permanente e em Metodologias Ativas é

orientada por competências e utiliza metodologias ativas de ensino aprendizagem para potencializar e construir capacidades nos participantes, nas áreas educacionais e de gestão de processos que favorecem o desenvolvimento de práticas profissionais capaz de mudar o modo de trabalhar individualmente e em equipe e de atender as demandas de cada local com competência.

O conteúdo programático abordará os seguintes subtemas:

- Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e seus Fundamentos Teóricos;

- Dimensão Psicobiológica;
- Dimensão Psicossocial;
- Dimensão Psicoespiritual;
- Comunicação com Idoso e Família.

4.4 Metodologia

No âmbito do processo ensino-aprendizagem as atividades educacionais estão organizadas de modo articulado e orientadas ao desenvolvimento de capacidades na área de atenção à saúde do idoso, destacando-se as seguintes estratégias:

- Situação-problema: atividade organizada por meio

de encontros em pequenos grupos para o processamento de situações-casos elaborados a partir dos problemas do mundo do trabalho.

- Narrativa (instrumento de avaliação): atividade organizada por meio de trabalho em pequenos grupos para o processamento de situações trazidas pelos participantes, a partir de suas próprias experiências, também cumprem o papel de disparadoras do processo ensino-aprendizagem.

- Oficina de trabalho: atividade presencial que pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos é orientada ao desenvolvimento de capacidades reflexivas, de caráter instrumental e de conhecimentos operacionais;

- Roda de Conversa: é um método que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os alunos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação.

4.5 Carga horária

A capacitação para enfermeiros será em formato presencial e EaD com carga horária de 100h sendo 40h de concentração, 40h acompanhamento e 20h de dispersão.

4.6 Vagas

Cada turma deverá ser composta de no máximo vinte e cinco participantes.

4.7 Avaliação

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem dos participantes será feita através da construção de narrativas, pontualidade e assiduidade, participação nas discussões, entrega de relatório com a análise da proposta de adaptação da Avaliação Multidimensional do Idoso para a Atenção Básica. Os participantes recebem avaliação dos respectivos docentes-facilitadores do curso, que, por sua vez, fazem avaliações dos participantes.

Será considerado aprovado no curso o participante que obtiver:

- Frequência mínima de 75 % nas atividades dos encontros presenciais;
- Desempenho satisfatório nas atividades desenvolvidas;

4.8 Recursos didáticos

- Quadro branco;

- Pincéis para quadro branco;
- Tarjetas;
- Flip-chart;
- Pincéis atômicos;
- Computador com acesso à internet;
- Datashow;

4.9 Certificados

A certificação da formação, ocorrerá em parceria com Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa GES/SMS João Pessoa em parceria com o Instituto Paraibano de Envelhecimento (IPE/UFPB). Os certificados serão emitidos pela GES/SMS João Pessoa.

A entrega do certificado aos participantes, que obtiverem no mínimo 75 % de frequência, será realizada ao final da formação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma avaliação multidimensional para o cuidado do idoso é, primordialmente, o esforço sistemático de organizar o grande número de informações advindas do processo

investigativo com a intenção de manejar, apropriadamente, as necessidades de saúde de um idoso com seus complexos e interativos problemas. As evidências sobre sistematização da assistência de enfermagem ao idoso na atenção básica à saúde, destacam que o uso sistemático Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa (AMPI) incorporada ao processo de trabalho do(a) enfermeiro(a), somado à análise dos problemas que ele permite identificar, propiciará um diagnóstico preciso das situações de maior prevalência e risco à autonomia e qualidade de vida de uma parcela da população que cresce de forma acelerada e para a qual a maioria dos serviços públicos de saúde ainda está despreparada para intervir, contribuindo na definição de políticas e estratégias públicas.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa permite e facilita a detecção de problemas de forma rápida e simples, mostrando clara superioridade na detecção de problemas em relação à história clínica convencional, juntamente com as evidentes repercussões negativas da negligência na detecção de problemas na qualidade de vida do idoso e o fato de que somente se trata o que se conhece, justificam o uso sistemático de uma avaliação multidimensional do idoso pelo enfermeiro nos serviços de atenção básica à saúde.

Considera-se, ainda, a importância do pensamento crítico-reflexivo das práticas cotidianas da atenção ao idoso e sua família na atenção básica, uma vez que proporciona uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos acerca da necessidade de buscar a todo tempo aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes no atendimento ao idoso por meio da educação permanente, visando uma atenção básica humanizada e resolutive

Assim, a capacitação para enfermeiros subsidiada na Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa (AMPI) representa uma estratégia inovadora e adequada aos enfermeiros voltados à atenção primária à saúde, a fim de implementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Nesse sentido, apresenta-se como uma ferramenta pedagógica, que associada a outras, qualifica as potencialidades de cada trabalhador, aperfeiçoando, assim, a assistência de enfermagem ao idoso na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica à Saúde – nº 19**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde

do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de agosto de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, 2014.

CLARES, J. B. W. *et al.*, Banco de termos para a prática clínica de enfermagem com idosos comunitários. **RevEletr.Enf.**, v. 18, p. 11-67, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Brasília, 15 de out. de 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/nod_e/4384>. Acesso em: 18 jul. 2019.

HORTA WA. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil início do século XXI:** subsídio para as projeções das populações. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LAGANA, C. T. M. *et al.*, Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. **Fundamental Care Online**, v. 5, n. 3, p. 293-298, 2013.

LIMA VV, PADILHA RQ, organizadores. **Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 47-55.

LIMA, C. J. L.; FILHO, A. N. **Implantação da avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica (AMPI-AB) na coordenadoria regional de saúde oeste**. PMSP/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015.

MIRANDA, V. C. L. *et al.*, Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revenferm UFPE online**, v. 1, n. 1, p. 295-301, 2013.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação Multidimensional do Idoso:** a consulta do idoso - Instrumentos de rastreio. Folium, 2014.

MORES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso:** Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ROCHA JUNIOR, P.R *et al.*, Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3131-3137, 2011.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem:** um guia prático. 2 ed. Rio de

Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VARELA, C. G.; FERNANDES, A. C. S. Conhecimentos e práticas sobre a sistematização da assistência de enfermagem na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**; v. 18, n. 1, p. 124-30, 2013.

VYGOTSKY LS. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

CAPÍTULO 05

SISTEMATIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM DECLÍNIO COGNITIVO

Neyce de Matos Nascimento
Rafella Queiroga Souto

1. INTRODUÇÃO

Com o crescente envelhecimento populacional vivido no Brasil, cresce também a preocupação sobre as condições de dependência que os idosos poderão apresentar, resultante na sua maioria, do aumento da prevalência de doenças não transmissíveis, comprometimento sensorial, isolamento social e em particular do declínio cognitivo, que poderá, assim como as demais condições citadas, induzir a um comprometimento da capacidade funcional do idoso, requerendo da família e de outros vínculos, cuidados voltados a atender as suas necessidades (MICHEL *et al.*, 2012; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

O declínio da capacidade cognitiva pode ser proveniente, em parte, de alterações dos processos fisiológicos do envelhecimento. Nesta situação específica, o declínio cognitivo não chega a causar interferência significativa nas Atividades de Vida Diárias - AVD. Contudo, em situações onde este declínio cognitivo se apresenta de

forma mais acentuada, o mesmo poderá representar um estágio de transição para os transtornos neurocognitivos leves ou maiores (demência) (CANÇADO; ALANIS; HORTA, 2017; MANFRIN; SCHIMDT, 2017).

O Transtorno Neurocognitivo Leve refere-se a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que apresentam um leve déficit cognitivo que se evidencia por alterações de memória ou de outras funções cognitivas, sem, contudo, demonstrar alguma interferência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2017). Já no Transtorno Neurocognitivo Maior ou síndromes demenciais, as alterações clínicas de natureza crônica, são causadas por um conjunto de doenças cerebrais que prejudicam a memória, produzindo um declínio cognitivo de caráter progressivo e irreversível, resultando em comprometimento das AVD's e da cognição social, com importante prejuízo da capacidade funcional (BEKHET, 2012; WHO, 2017).

A capacidade funcional pode ser definida como o dimensionamento da aptidão e da independência dos idosos na realização de atividades relacionadas ao autocuidado, como as Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD); o desenvolvimento de atividades relacionadas à organização da rotina diária, as chamadas Atividades Instrumentais de

Vida Diária (AIVD), e as atividades de lazer, como por exemplo, voluntariado, atividades educacionais e participação social na comunidade, denominadas de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (GRATÃO *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A perda desta capacidade funcional que acontece com o aumento da idade e pode ser acentuada com o declínio cognitivo, caracteriza-se pela dificuldade na manutenção da autonomia e independência. Este fenômeno tem sido um achado frequente entre os idosos no Brasil, fator este que se configura como de risco para a institucionalização, pois as famílias muitas vezes não podem oferecer o suporte necessário ou, por outro lado, não possuem um sistema efetivo de apoio do Estado, condicionando a vida dos idosos dependentes, ou não, às ILPIs (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

Estima-se que, em todo o mundo, há aproximadamente 50 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de demência ou transtorno neurocognitivo maior, e este número poderá dobrar, atingindo um quantitativo de 82 milhões em 2030 e 152 milhões por volta de 2050. Estes índices progressivos colocam o tema demência a ser discutido como prioridade nos ambientes de discussão sobre

aspectos relacionados a cuidados de saúde do idoso (WHO, 2012).

Consequente ao gradativo aumento da dependência física e mental dos idosos, muitos destes indivíduos podem estar susceptíveis ao processo de institucionalização, requerendo nestas Instituições de Longa Permanência para idosos – ILPI's, a oferta de cuidados de saúde, os quais deverão ser sistematizados e planejados de acordo com as necessidades individuais que cada idoso na sua particularidade apresentará.

As ILPI's são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, como unidades residenciais de caráter governamental ou não, destinadas a prestar serviço de moradia coletiva para indivíduos com 60 anos ou mais, que possuam ou não suporte familiar, visando promover por meio dos seus serviços prestados, a garantia e o zelo pela liberdade, dignidade e cidadania dos seus residentes (ANVISA, 2005).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 283 da ANVISA, que trata do Regulamento técnico para o funcionamento das ILPIs, apresenta de acordo com o grau de dependência do idoso, três tipos de modalidades destas instituições como descrita a seguir: Modalidade I - destinada a pessoas idosas independentes, mesmo que

requeiram uso de equipamentos de autoajuda. Modalidade II - destinada a pessoas idosas com dependência funcional em até três atividades de autocuidado para vida diária como alimentação, mobilidade, higiene e que não apresente comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Modalidade III - destinada a pessoas idosas com dependência que requeiram assistência total, com cuidados específicos, nas atividades de vida diária (ANVISA, 2005).

Assim como a discriminação das modalidades, o dimensionamento dos profissionais para atuar no atendimento as necessidades das pessoas idosas institucionalizadas, também segue o grau de dependência que estes indivíduos apresentam, desta forma, colocam nas modalidades II e III o enfermeiro e o técnico de enfermagem, como profissionais inclusos na equipe de saúde (BRASIL, 2001; ANVISA, 2005).

Diante das considerações acima descritas, as ILPIs necessitam de uma equipe multiprofissional que possa prestar a pessoa idosa um cuidado individualizado, humanizado e qualificado, visando prevenir possíveis alterações ou retardar o aparecimento das mesmas. Desta forma, as ILPIs, precisam do enfermeiro como membro efetivo da equipe multiprofissional de trabalho, e, diante desta situação, este profissional precisará para promover

uma assistência de qualidade, implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, a qual deverá através de seu direcionamento promover ao idoso uma assistência humanizada e integral valorizando as suas dimensões biopsicoespirituais (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2017).

Neste contexto o Processo de Enfermagem – PE pode ser entendido como uma ferramenta para a aplicação da SAE, compreendido em cinco etapas. A primeira etapa chamada de levantamento de dados ou coleta de dados; a segunda conhecida como diagnóstico de enfermagem; a terceira é a etapa de planejamento; a quarta etapa constitui a implementação e pôr fim a quinta etapa, denominada de avaliação (ALFARO-LEFREVE, 2010).

A aplicação do PE deve estar fundamentada em algum referencial teórico, o qual confere ao enfermeiro subsídios para suas ações no que diz respeito ao planejamento do cuidado. Esses modelos teóricos ou teorias de enfermagem, buscam oferecer um caminho para nortear o enfermeiro na busca de informações corretas para o desenvolvimento e planejamento de um cuidado centrado a atender as necessidades que o indivíduo possa vir apresentar, tornando os enfermeiros efetivamente responsáveis pelo cuidado ofertado. Apoiados no

conhecimento próprio da Enfermagem e não mais em um conhecimento ou prática empírica (TANNURE; PINHEIRO, 2017). O cuidado prestado pela Enfermagem busca fazer com que o cliente se torne independente desta assistência assim que possível, por meio do ensino do autocuidado, da capacidade de se recuperar, de se manter e de promover a sua saúde, em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2011).

O modelo conceitual de Horta direciona o cuidado de enfermagem para o atendimento de três níveis de necessidades: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2011). Devendo o enfermeiro, para o atendimento desses níveis de necessidade, possuir adequado conhecimento sobre os mesmos, para que desta maneira possa ofertar a sua clientela, intervenções de enfermagem de qualidade e direcionadas a atender as necessidades identificadas.

O idoso institucionalizado, traz consigo especificidades que somadas às alterações próprias do envelhecimento e acentuadas pelo declínio progressivo da cognição, poderá acarretar a estes indivíduos vários tipos de desequilíbrios orgânicos, que vão desde uma alteração na condição mental e física, até a emocional, exigindo do profissional enfermeiro uma atenção e expertise para

reconhecer e tratar a dificuldade que ao longo da jornada irão acometer este idoso.

Desta forma, a construção de um instrumento de coleta de dados, que compõe a primeira etapa do PE, se faz necessária para auxiliar o enfermeiro que atua nas ILPIs, pois já se observa, em muitas delas, a presença do enfermeiro como integrante e líder da equipe de enfermagem. Porém, este enfermeiro não dispõe de ferramentas necessárias para a identificação e aplicação de intervenções direcionadas a atender as necessidades que o idoso institucionalizado com declínio cognitivo possa apresentar. E seguindo o que dispõe a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN, o processo de enfermagem deverá ser implantado em ambientes públicos ou privados, onde ocorra o cuidado do profissional de enfermagem.

Neste contexto, o objetivo geral estabelecido para o estudo foi construir um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo fundamentado na Teoria de Wanda Horta.

2. ASPECTOS RELACIONADOS À COGNIÇÃO

A cognição caracteriza-se por um conjunto de funções que permite o indivíduo manter sua autonomia e independência, sendo este termo empregado para “descrever o funcionamento mental do indivíduo, incluindo a habilidade para perceber, lembrar, tomar decisões, planejar, sequenciar e produzir respostas adequadas às solicitações e estímulos externos” (CABRAL *et al.*, 2005, p.157 apud MAFRIN; SCHMIDT, 2017).

Os transtornos cognitivos incluem um conjunto de alterações clínicas decorrentes da perda ou Declínio da Capacidade Cognitiva - DCC. O DCC está relacionado ao processo de envelhecimento senescente ocorrido nas células do sistema nervoso, porém pode ser acentuado quando na existência de doenças neurodegenerativas, que desencadeiam declínios cognitivos mais graves, a exemplo da Doença de Alzheimer - DA (MAFRIN; SCHMIDT, 2017).

São considerados transtornos neurocognitivos condições neurológicas e psiquiátricas como o delírium, a demência/transtorno neurocognitivo maior, transtorno neurocognitivo leve e outros transtornos cognitivos (APA, 2014).

O transtorno neurocognitivo leve é uma condição em que o déficit clínico primário está presente na função

cognitiva, sendo considerado maior para a idade, porém, menos comprometedor do que o déficit presente na demência ou transtorno neurocognitivo maior (APA, 2014). Alguns sinais podem nortear o diagnóstico para o transtorno neurocognitivo leve, como: queixas frequentes de memória, devendo estas serem afirmadas por algum integrante da família ou próximo da pessoa; déficits de memória indicados por testes, funções cognitivas gerais normais; atividades funcionais do tipo sócio-ocupacional preservadas e ausência de demência (DALGALARRONDO, 2018).

O TNL tem sido classificado em alguns subtipos, que, em decorrência do envolvimento de determinadas funções cognitivas, recebem designações específicas como: amnésico, que apresenta prejuízo da memória recente; o TNL de múltiplos domínios cognitivos alterados, onde observa-se o prejuízo da memória de uma outra função cognitiva; e o TNL com alteração cognitiva única exceto da memória, o qual apresentará declínio de uma das funções relacionadas: executivas, visuoespaciais ou de linguagem, entre outras habilidades cognitivas (TOMAI; ABREU, 2017; CANINEU; SAMARA; STELLA, 2017).

O transtorno neurocognitivo maior, também chamado de demência, sendo este um termo em desuso, constitui um declínio cognitivo progressivo da memória, associado ao

déficit de pelo menos um outro domínio cognitivo (APA, 2014). As síndromes demenciais podem ser divididas em dois grupos.

As demências reversíveis podem ter como uma de suas causas desencadeadoras: a hidrocefalia de pressão intermitente de adulto - HPIA, deficiência de vitamina B12, hipotireoidismo, pelagra e hematoma subdural. Este tipo de demência apresenta importância do ponto de vista diagnóstico, pois o adequado tratamento é capaz de reverter o declínio cognitivo (MANFRIM; SCHMIDT, 2017).

No outro grupo, encontram-se as demências degenerativas ou transtornos neurocognitivos progressivos, como a DA, a demência vascular - DV, a demência de corpus de Lewy - DCL, a demência frontotemporal - DFT, a demência devido à doença do HIV, a doença de Creutzfeldt-jacob - DCJ e a doença de Huntington - DH (MANFRIM; SCHMIDT, 2017).

3. INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Várias foram e ainda são as denominações utilizadas para designar os espaços de moradia coletiva para os idosos, como: abrigo de idosos, casa de repouso, lares, pensionatos, casa de velhinhos, casa da vovó, recantos, cidade dos velhinhos, entre outras (IPEA, 2010). Todavia,

este local de amparo e abrigo ao idoso teve sua origem relacionada com o asilo, sendo tradicionalmente por este termo ainda conhecido (BORN; BOECHAT, 2017).

A modalidade asilar de assistência social ao idoso pode ser compreendida, de acordo com o Decreto no 1948 (BRASIL, 1996, p. 1), como: “Atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”.

O Estatuto do Idoso, no seu artigo 49o, apresenta definições sobre as obrigações das entidades que promovem o atendimento integral institucional, como: conservação dos vínculos familiares, assistência personalizada e em pequenos grupos, preservação da identidade do idoso, oferta de ambiente de respeito e dignidade, promoção dos cuidados de saúde de acordo com a necessidade do idoso, cumprimento dos direitos e garantias dos idosos, entre outros (BRASIL, 2003).

Visando promover e proteger a saúde e a qualidade de vida da população idosa, a Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária, no uso de suas atribuições, adota a RDC no 283, a qual define critérios de funcionamento, avaliação e mecanismos de monitoramento

das ILPIs. Estabelece, também, padrões mínimos de funcionamento das mesmas, dispondo sobre a organização, os recursos humanos, a infraestrutura física, os processos operacionais, os itens de notificação compulsória, os indicadores de monitoramento e a avaliação do funcionamento das instituições (ANVISA, 2005).

No que concerne à organização das ILPIs, estas devem possuir um alvará sanitário renovado e emitido pelo órgão sanitário competente de acordo com a Lei no 6.437/77, além de constituir e apresentar estatuto registrado, registro de entidade social, regimento interno e possuir um Responsável Técnico - RT, o qual responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. Os recursos humanos destas instituições devem possuir vínculo formal de trabalho e estarem distribuídos conforme o grau de dependência que os idosos possam apresentar, segundo graduação de dependência determinada na própria lei. Com relação à infraestrutura, as ILPIs devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, além de garantir a transitabilidade à todas as pessoas com dificuldade de locomoção, segundo estabelecido na Lei Federal no 10.098/00 (ANVISA, 2005).

Atualmente, estas instituições que acolhem os idosos operam praticamente com todas as suas vagas ocupadas e,

segundo previsões, espera-se que, nas próximas décadas, o número de idosos com algum tipo ou grau de dependência cresça entre 100 % e 500 %, devendo estas instituições absorver grande parte desta demanda (KUCHEMANN, 2012).

Outros motivos que podem resultar na institucionalização dos idosos estão relacionados ao número reduzido de familiares, comprometimento das habilidades físicas, financeiras e psicológicas, desejo do próprio idoso, problemas de relacionamento com os familiares, viuvez, múltiplas doenças e síndromes demenciais (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas - TNHB, desenvolvida por uma enfermeira paraense chamada Wanda de Aguiar Horta, foi a primeira teoria de enfermagem desenvolvida no Brasil no ano de 1970 (LEOPARDI, 1999). Considerando existir algumas discussões sobre se de fato os estudos desenvolvidos por Wanda Horta são considerados ou não uma teoria de enfermagem, alguns trabalhos preferem utilizar a expressão “Modelo Conceitual de Horta” (Mc EWEN; WILLIS, 2016).

De acordo com este modelo conceitual, o enfermeiro é o profissional integrante da equipe de saúde, que dotado de conhecimento técnico-científico, fornece cuidado ao cliente. O cliente integrante deste universo dinâmico e em constante interação seria, em algum momento do seu ciclo vital, um indivíduo incapaz de prover o autocuidado necessário à manutenção de seu equilíbrio, desta forma, a Enfermagem buscaria por meio de suas ações prever e reverter as necessidades coletivas e individuais do homem, reconduzindo-o a uma situação de equilíbrio (HORTA, 2011).

Wanda de Aguiar Horta utilizou como base para o desenvolvimento de seu modelo conceitual a teoria da motivação de Maslow e classificou as necessidades humanas básicas a partir da denominação de João Mohana (MEDEIROS, 2016).

A categorização das necessidades humanas desenvolvida por Maslow, foi feita de forma ordenada, ou seja, das mais imprescindíveis às menos importantes, ficando o seu modelo conhecido como Pirâmide de Maslow ou Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas (MASLOW, 1970).

Na base da pirâmide, encontram-se representadas as necessidades básicas ou fisiológicas (respiração, comida,

água, sexo, sono, homeostase e excreção), fundamentais ou essenciais, devendo estas serem supridas para que as demais como: segurança, amor/relacionamento, estima e realização pessoal possam ser alcançadas. Logo, compreende-se que para o indivíduo alcançar a satisfação das necessidades dos demais níveis, este deverá antes atender a um mínimo das necessidades precedentes. De acordo com a teoria, em nenhum momento haverá satisfação plena ou perene de uma necessidade, pois, se isto acontecesse, não haveria mais motivação individual (MASLOW, 1970).

Para o seu modelo conceitual, Wanda de Aguiar Horta utilizou a classificação das necessidades humanas básicas a partir da denominação dada por João Mohana, classificando estas necessidades em três níveis: as psicobiológicas, que são as necessidades fisiológicas e terapêuticas do paciente, sendo estas consideradas vitais, e, por este motivo, devem ter prioridades nas aplicações das intervenções de enfermagem; as psicossociais, consideradas necessidades de relação social do paciente, família e comunidade e as psicoespirituais que se referem às necessidades religiosas do paciente, suas crenças, religiosidade e valores pessoais (HORTA, 2011), conforme apresentando no Quadro 1.

Quadro 1- Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
Oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção; percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa; ambiente e terapêutica.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem; atenção.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Religiosa ou teológica; ética ou filosofia de vida.

Fonte: HORTA, 1979.

Outra estruturação das necessidades humanas básicas identificadas por Horta, como segue demonstrado no Quadro 3, foi realizada por Garcia e Cubas (2012) em seu livro “Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional”.

Quadro 3 - Necessidades Humanas Básicas organizadas por Garcia e Cubas e suas respectivas definições.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS	
Necessidades	Conceito
Oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação; de difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; de transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção de dióxido de carbono; e de regulação da respiração, com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.
Hidratação	É a necessidade do indivíduo de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Nutrição	É a necessidade do indivíduo de obter os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida. Envolve os processos de ingestão, digestão de alimentos, absorção de nutrientes, captação dos mesmos e sua utilização no metabolismo celular.
Eliminação	É a necessidade do indivíduo de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidade excessivas, com o objetivo de manter homeostase corporal.

Sono e repouso	É a necessidade do indivíduo de manter, por certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.
Atividade Física	É a necessidade do indivíduo de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.
Sexualidade e reprodução	É a necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança física e do meio ambiente	É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de proteger-se de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.
Cuidado corporal e ambiental	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade; e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde.
	É a necessidade do indivíduo de manter

Integridade física	as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.
Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional	É a necessidade do indivíduo de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, com o objetivo de crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação térmica	É a necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central (temperatura interna) entre 35,5 °C e 37,4°C.
Regulação vascular	É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Regulação neurológica	É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação hormonal	É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/funções específicas do corpo.
	É a necessidade do indivíduo de

Sensopercepção	perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.
Terapêutica e de prevenção	É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doença, o que inclui buscar atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade do indivíduo de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e lazer	É a necessidade do indivíduo de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso a entretenimento, distração e diversão.
Segurança emocional	É a necessidade do indivíduo de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções, e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.

Autoestima, autoconfiança, autorespeito	É a necessidade do indivíduo de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.
Liberdade e participação	É a necessidade que o indivíduo tem de agir conforme a sua própria determinação, dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas (sociais, culturais, legais) definidas. Em resumo, é delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.
Educação para a saúde e aprendizagem	É a necessidade do indivíduo de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização	É a necessidade do indivíduo de desenvolver suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcançar metas que estabeleceu para sua vida.
Espaço	É a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
	É a necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas, novas

Criatividade	formas de agir, com o objetivo de alcançar satisfação pessoal e sentir-se produtivo e capaz.
Garantia de acesso e tecnologia	É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.
NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS	
Religiosidade e espiritualidade	É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentido da importância da vida.

Fonte: GARCIA; CUBAS, 2012.

Para que a Enfermagem possa atuar de forma sistematizada e eficiente na prestação do cuidado, faz-se necessário desenvolver seu trabalho utilizando o PE. Horta (1979) define o PE como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que busca amparar o ser humano na resolução de suas necessidades.

Para Alfaro-Lefreve (2010), o PE é constituído por cinco etapas, sendo estas atualmente aceitas e praticadas. A primeira etapa, chamada de levantamento de dados ou coleta de dados, caracteriza-se pela investigação das informações sobre a situação de saúde do cliente; a segunda conhecida como diagnóstico de enfermagem, representa a identificação de problemas, na qual se analisa

as informações, buscando identificar agravos reais ou potenciais à saúde, os quais serão a base do plano de cuidado; a terceira é a etapa de planejamento, esta é composta por quatro passos fundamentais: determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de resultados esperados, determinação das intervenções e registro ou individualização do plano de cuidados; a quarta etapa é a implementação, onde se coloca em prática o plano de cuidados desenvolvido; e pôr fim a quinta etapa, denominada de avaliação, onde irá observar se o cliente atingiu os resultados esperados, mudando assim sua situação de saúde ou sua capacidade funcional.

A implantação do PE, segundo estabelece a Resolução COFEN nº 358/2009, constitui em uma exigência para todos os estabelecimentos prestadores de cuidados seja de caráter público ou privado no Brasil (COFEN, 2009), sendo também uma orientação da Lei nº 7.948/1986, que trata sobre o exercício profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986). Além disso, sua implantação representa uma técnica de organização da assistência empreendida pela Enfermagem, atendendo aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e auxiliando na implementação da SAE (BRASIL, 2009). Neste contexto, a Consulta de Enfermagem - CE, considerada um período de encontro

entre o cliente e o profissional de saúde, que direcionado por uma escuta qualificada, poderá discernir uma série de circunstâncias que compõe a vida das pessoas e que se caracterizam em determinantes de saúde e doença. Constitui-se em uma ferramenta indispensável para o alcance da SAE, pois é o momento onde irá se aplicar a primeira fase do PE (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

A consulta de enfermagem é considerada uma atuação autônoma e particular do enfermeiro, baseada em metodologia científica, reconhecida como processo de enfermagem quando realizada em instituições prestadoras de serviços de saúde, ambulatorios, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outras (COFEN, 2009).

A regulamentação da CE, em âmbito nacional, deu-se através da Lei nº 7.498/86 e pelo decreto nº 94.406/87, que, no seu artigo 11º, legitima e determina como uma modalidade da prestação de assistência direta ao cliente e atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1986; COFEN, 1987).

A Resolução do COFEN nº 159/93, revogada pela resolução COFEN nº 544/2017, torna a CE obrigatória para a aplicação da assistência de enfermagem nos diversos níveis de assistência à saúde, seja está em instituição pública ou privada (COFEN, 2017). Nestes termos, a CE pode ser uma

ferramenta de grande importância na aquisição de informações sobre a condição de vida dos idosos com algum tipo de declínio cognitivo vivendo nas ILPIs. Permitindo promover aos idosos uma sistematização do cuidado que atendam às suas necessidades.

Para a realização da CE aos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, se faz necessário a existência de um instrumento que auxilie e direcione o enfermeiro na busca sistematizada de informações, o qual denominamos como histórico de enfermagem. O histórico de enfermagem deverá trazer em seu conteúdo indicadores (sinais e sintomas) que permitam identificar possíveis danos à saúde do idoso, favorecendo desta forma, o planejamento de uma terapêutica adequada para o atendimento das necessidades dos mesmos, e minimização de possíveis complicações provocadas pela evolução crônica do comprometimento cognitivo.

Os indicadores de necessidades humanas básicas, também denominados como problemas de enfermagem, consistem nos sinais e sintomas por meio dos quais as necessidades manifestam-se nos indivíduos, é por meio da percepção destes indicadores, que conseguisse identificar alterações ou desequilíbrios orgânicos (HORTA, 2011).

Os indicadores empíricos que caracterizam as necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo foram identificados a partir dos aspectos biopsicobiológicos e espirituais. Para melhor entendimento, e seguindo a fundamentação da teórica Wanda Horta, as NHB alteradas estão apresentadas de acordo com seus respectivos níveis de necessidades: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

As necessidades psicobiológicas representaram 65 % dos indicadores empíricos identificados nos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, sendo, os indicadores relacionados as necessidades de regulação neurológica os mais evidenciados, seguido pelos de cuidado corporal, sono e repouso, nutrição, hidratação, eliminação, percepção dos órgãos dos sentidos (visão, audição, tátil e dolorosa), integridade física e cutâneo-mucosa, atividade física, motilidade, locomoção, sexualidade, segurança física e meio ambiente.

Nos idosos, o comprometimento neurológico é talvez, um dos quadros mais difíceis de se enfrentar, pois está relacionado à perda da capacidade de lembrar de fatos recentes ou pessoas próximas, além de provocar um

significativo mal-estar nos mesmos, pois, às vezes, pegam-se perdidos nos seus lugares de vivência.

Em relação a necessidade de nutrição, evidencia-se nestes idosos, especificamente, naqueles que apresentam um declínio cognitivo mais avançado, o prejuízo na mastigação e deglutição, os quais acontecem, devido ao comprometimento neurológico evolutivo da doença.

A constatação de maior evidência na alteração da necessidade de regulação neurológica, permite ao enfermeiro o reconhecimento e o planejamento de atividades que possam promover a estimulação cognitiva nestes idosos, visando com isto retardar ou minimizar a evolução do declínio cognitivo, buscando desta forma preservar áreas cerebrais que ainda não foram atingidas.

Concernente as necessidades psicossociais 30% dos indicadores identificados estão relacionados a este grupo, com alterações nas necessidades de comunicação, recreação e lazer, gregária, amor e aceitação, autoestima e atenção, as quais caracterizam o aspecto de socialização vivenciados pelos idosos. Dentre as necessidades deste grupo, as que tiveram maior número de indicadores empíricos relacionados foram as de amor e aceitação e a de comunicação. A constatação da alteração maior destas necessidades psicossociais, permite o desenvolvimento de

ações que busque realizar a aproximação ou o estímulo de visitas de familiares, como medidas terapêuticas importantes para o resgate da autoestima desses idosos.

Em relação as necessidades psicoespirituais, apenas 5 % dos indicadores empíricos as representaram.

É comum nos idosos com limitações cognitivas a diminuição da espiritualidade e religiosidade, contudo, para aqueles idosos portadores da Doença de Alzheimer que mantêm a prática religiosa, observa-se que os mesmos conseguem enfrentar com positividade os estágios iniciais da doença (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

A identificação das necessidades de saúde apresentadas por estes idosos institucionalizados com declínio cognitivo se faz necessária, para que sejam traçadas metas de cuidados de forma sistematizada e humanizada, que possibilite uma melhor assistência a esta população, contribuindo assim para a qualidade de vida deles (ANDRADE *et al.*, 2017).

Neste contexto, entende-se que o reconhecimento das necessidades humanas básicas desta clientela, permitirá o desenvolvimento de um de um instrumento de coleta de dados específico, o qual irá favorecer a Enfermagem, no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidado que promova para estes idosos o atendimento de forma

humanizada e qualificada das suas necessidades apresentadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar do idoso com declínio cognitivo ainda é um desafio, principalmente diante da individualização do cuidado voltado ao atendimento de suas necessidades. Nas ILPIs, onde reside grande parte desta população, observa-se a prestação de um cuidado de caráter homogêneo, não havendo a preocupação de se investigar a necessidade específica, decorrência do seu grau de comprometimento.

Cada indivíduo vivencia de forma particular seu processo de envelhecimento e de saúde-doença, deste modo, as práticas de cuidado precisam atender as especificidades que cada indivíduo apresenta. Nestes termos, sabe-se que o PE se torna uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de um cuidado personalíssimo, baseado em julgamento clínico e crítico de suas habilidades e competências.

Neste aspecto, o histórico de enfermagem, primeira etapa do PE, torna-se imprescindível, pois, através dele, o enfermeiro coleta dados relevantes, que subsidiarão a prestação de uma assistência de acordo com as

peculiaridades apresentadas pelo idoso com declínio cognitivo nas suas várias fases.

Desta forma, espera-se que a utilização do instrumento de coleta de dados pelos enfermeiros que atuam nas ILPIs possa auxiliá-los na sua práxis profissional, ajudando-os a alcançar valorização e autonomia. Assim como lhes possibilitar identificar e interpretar de forma adequada, os dados coletados.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ed. São Paulo: Artmed, 2010.

ANDRADE, F.L.J.P. de *et al.*, Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-197, 2017, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/pt_1809-9823-rbgg-20-02-00186.pdf.

ANGELO, B.H.B.; SILVA, D.I.B.; LIMA, M.A.S. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p-663-673, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a06v14n4.pdf>.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento de instituições de longa permanência para

idosos. Brasília (DF); 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df. Acesso em: 10 dez 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEKHET, A.K. Efeitos de cognições positivas e desenvoltura na sobrecarga do cuidador entre os cuidadores de pessoas com demência. **International Journal of Mental Health Nursing**, Austrália, v.22, n.4, p-1-7, 2012. Disponível em: <http://scihub.tw/10.1111/j.1447-0349.2012.00877.x>.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.119, p.2939-2952.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 1986.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de junho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do idoso, e dá outras providências. Brasília (DF); 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. Portaria SEAS nº 73 de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília (DF); 2001. Disponível em: www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/.../Portaria%20nº%2073.doc.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e das outras providências. Brasília (DF); 2003.

CANÇADO, F. A. X.; ALANIS, L. M.; HORTA, M. de L. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.18, p.516-556.

CANINEU, P. R.; SAMARA, B.A; STELLA, F. Transtorno Neurocognitivo Leve. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.21, p.586-603.

COFEN. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

COFEN. Decreto nº 94.406, de 25 de junho de 1987.

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.

COFEN. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

COFEN. Resolução nº 544, de 9 de maio de 2017. **Revoga a Resolução Cofen 159/1993, que dispõe sobre a consulta de enfermagem**. Brasília, 2017. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de Hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p.100-107, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>.

HORTA, W. de A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. **Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Cuidados na Enfermagem Gerontológica: Conceito e Prática. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.113, p.2828-2843.

GRATÃO *et al.*, A.C.M. Functional dependency o folder individuals and caregiver burden. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.1, p-134-141, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100017.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.1, n.27, p.165-180, 2012.

Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010.

LEOPARDI, M.T. **Teoria em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LINI, E.V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. fatores associados à institucionalização de idosos: estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, 2016, p. 1004 – 1014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01004.pdf.

MANFRIM, A.; SCHIMIDT, S.L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.13, p.157-168.

MASLOW, A.H. **Motivation and personality**. 2ed. New York: Harper & Row, 1970.

MEDEIROS, A. L. Uso da Tecnologia da Informação Móvel e Sem Fio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Obstétrica. 2016. 192f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB) – 2016.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MICHEL, T *et al.*, Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n. 3, p. 495-504, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a02.pdf.

OLIVEIRA, E. M. de *et al.*, Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v.20, n. 1, p. 109-120, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n1/1413-8271-pusf-20-01-00109.pdf>.

SCORTEGAGNA, H. de M.; PICHLER, N.A.; FÁCCIO, L.F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 304-311, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n3/pt_1809-9823-rbagg-21-03-00293.pdf.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TOMAI, S. A. B.; ABREU, V. P. S. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap. 122, p.1364-1371.

TOMOMITSU, M.R.S.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p. 3420-3440, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03429.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Dementia**: a public health priority. 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=9DAA01036B248A5A2C2577FF422D57E5?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Demência. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

CAPÍTULO 06

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DEPRESSÃO: PROPOSTA DE HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Jeane da Silva Rocha Santos
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt

1. INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença caracterizada pela mudança no humor, diminuição de sentimentos de alegria e prazer, fadiga, desinteresse, lentidão nas atividades a serem executadas, pensamentos negativos, podendo ocorrer delírio e alucinação, modificações na qualidade do sono, no apetite, alterações no comportamento e sintomas somáticos (SMALL, 2009). Em idosos, a depressão é uma síndrome geriátrica que vem apresentando um alto índice de suicídio e morte precoce (RIGOTO *et al.*, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão, com um índice de 800 mil mortes por ano, é a principal causa de suicídios no mundo. A sintomatologia da doença está voltada não somente às alterações de ordem física, mas, também, às psíquicas e sociais. (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2014). As mudanças estruturais das famílias comprometem o cuidado de idosos dependentes,

direcionando a responsabilidade desses cuidados para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), devido à insuficiência de suporte familiar (ARAÚJO *et al.*, 2017). Por apresentarem várias perdas, os idosos residentes nas ILPI são vulneráveis ao aparecimento de quadros depressivos, à perda da autonomia e ao aumento da gravidade de doenças pré-existentes (CARREIRA *et al.*, 2011).

Nesse contexto, entende-se que há dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, em reconhecer as necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão. Assim, as ILPI necessitam de regulamentação e uma equipe interprofissional treinada e qualificada para oferecer uma assistência integral aos idosos institucionalizados (SILVA *et al.*, 2017).

Em 22 de setembro de 1989, pela Portaria 810, o Ministério da Saúde aprovou as normas e os padrões a serem assegurados em todo o território nacional, para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento aos idosos (BRASIL, 1989). É fato, que as ILPI regulamentadas, proporcionam cuidados adequados aos idosos, fazendo com que, fora do seu ambiente domiciliar e familiar, o idoso se sinta protegido, desfrute de proteção, tenha uma boa

alimentação e atendimento às necessidades da vida diária (MITCHEL; BIRD; RIZZO; MEADER, 2010).

As ILPI apresentam um papel social como facilitadoras no processo de envelhecimento, diminuindo as perdas de autonomia com promoção na qualidade de vida dos idosos (TOMASINI; ALVES, 2007). Segundo de Jesus *et al.*, 2010, os idosos precisam se adequar às normas e rotinas das ILPI. Seus hábitos e costumes de vida precisam ser mudados, por sua vez, pode acarretar mudanças no comportamento que intensificam seu isolamento e sua inatividade. De acordo com o Estatuto do Idoso, a “assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casalar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” e que “as instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensável às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei” (BRASIL, 2006, p. 1).

Os enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem aos idosos institucionalizados, utilizando o processo de enfermagem para identificar sinais e sintomas inerentes aos idosos depressivos, gerenciar a

equipe de enfermagem, com base nas necessidades de saúde dos idosos, bem como realizar o planejamento dos cuidados e intervenções/ações de enfermagem necessárias para atendimento das necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados devem ocorrer onde há o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009). Para operacionalização do processo de enfermagem, faz-se necessário a utilização de referenciais teóricos que subsidiem esse processo.

Buscando-se compreender as necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão, utilizou-se o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Esse modelo tem como base as necessidades humanas básicas, a Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow e a determinação dos níveis da vida psíquica de João Mohana que são: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Segundo Horta, os cuidados de enfermagem, interpretados como serviços prestados ao ser humano, constituem um universo dinâmico, em constante interação capaz de provocar

mudanças nos estados de equilíbrio e desequilíbrio do ser humano (HORTA, 2011).

Neste sentido, elenca-se o enfermeiro como um dos profissionais responsáveis pelo manejo dos cuidados aos idosos com depressão em ILPI a partir de sua formação técnica-assistencial, oferecendo uma assistência holística e, legalmente, o supervisor da equipe de enfermagem que acompanha por mais tempo. Portanto, esse profissional é um dos principais protagonistas que propicia cuidados às pessoas idosas, realizando a consulta de enfermagem constituída por histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, evolução e relatórios diários. Neste capítulo, objetivam-se descrever necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão subsidiados no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas e apresentar uma proposta de histórico de enfermagem para idosos institucionalizados com depressão com base no levantamento de necessidades de saúde.

2. NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DEPRESSÃO SUBSIDIADOS NO MODELO TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

O modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas idealizado por Wanda Horta destaca tópicos

fundamentais capazes de auxiliar o enfermeiro a pensar em possíveis motivações ou agravantes de um quadro depressivo em idosos institucionalizados. Ademais, a depressão está relacionada ao comprometimento da saúde e à qualidade de vida, além das altas taxas de morbidade e mortalidade que consiste em um problema de saúde pública. As Necessidades Básicas, conforme Horta (2011) estão divididas em: **Primárias:** Necessidades Fisiológicas (ar, água, comida, excreção, sono, homeostase (equilíbrio), sexo) e de Segurança (física, mental e moral); **Secundárias:** Necessidade Social (amor, afeto, comunicação, amizade, ser parte de algo, intimidade sexual); de Estima; (autoestima, confiança, respeito aos outros e dos outros) e de Realização Pessoal (Moralidade, criatividade, superação, espontaneidade, ausência de preconceito, aceitação dos fatos).

Por sua vez, para ela, pode-se compreender como necessidades psicossociais: a segurança; o amor; a liberdade; a comunicação; a criatividade; a aprendizagem; a gregária; a recreação; o lazer; o espaço; a orientação no tempo e no espaço; a aceitação; a autorrealização; a autoestima; a participação; a autoimagem e a atenção.

Já as necessidades psicoespirituais, segundo Horta, envolvem: a religião ou a teologia; a ética; ou a filosofia de

vida. A autora, a partir do estudo das Necessidades Humanas Básicas (NHB), determina que: “a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano e é parte integrante da equipe de saúde” (HORTA, 2011 p.28).

Figura 1- Classificação das Necessidades Humanas Básicas.

Classificação

Necessidades psicobiológicas	Necessidades psicossociais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação
Integridade física	Auto-realização
Regulação: térmica, hormonal, neuroológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.	Auto-estima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Auto-imagem
Ambiente	Atenção
Terapêutica	Necessidades psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Fonte: Horta,2011.

Para levantamento de indicadores empíricos que auxilie o enfermeiro na avaliação das necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (SANTOS; BITTENCOURT, 2019). Os indicadores identificados foram classificados de acordo com as necessidades Humanas Básicas de Horta. Para confirmação da utilidade desses

indicadores, na prática profissional, realizaram-se entrevistas com enfermeiros, buscando-se compreender quais indicadores seriam relevantes para avaliação das necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão.

Assim, foram identificaram 88 indicadores empíricos relacionados à depressão em idosos institucionalizados classificados segundo as NHB de Horta, conforme se demonstra no quadro 1.

Quadro 1 – Necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de idosos institucionalizados com depressão.

NECESSIDADES DE SAÚDE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DEPRESSÃO	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
NUTRIÇÃO	Apetite, avaliação nutricional, desnutrição, emagrecimento, hábitos alimentares, IMC - índice de massa corporal, obesidade, peso e perda de peso.
SONO E REPOUSO	Acorda várias vezes à noite, dorme durante o dia, desconforto ambiental, desconforto físico, estresse emocional, insônia, sono interrompido, sonolência e uso de medicamentos sedativos.
EXERCÍCIOS E ATIVIDADES FÍSICAS	Desempenho das atividades diárias, dor ao movimento, exercício físico regular, fraqueza ao andar, imobilidade, imobilidade parcial, tônus muscular.

MOTILIDADE		Acamados, amputação de membros, deambulação, Medo de cair, uso de bengalas, andadores e cadeira de rodas.
CUIDADO CORPORAL		Dermatite seborreica, higiene corporal, higiene bucal, grau de dependência, halitose, higiene das unhas, higiene íntima, necessidade de ajuda para realizar o cuidado e necessidade de compreender a importância da higienização.
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		Coordenação dos movimentos, declínio cognitivo, Desorientação, demência, diminuição dos reflexos Dormência, força motora normal, nível de consciência, orientação, parestesia, tremores de extremidades e vertigem.
NECESSIDADES PSICOSOCIAIS		
AMOR E ACEITAÇÃO		Agressividade, angústia, ansiedade, apatia, arrependimento da vida, carência afetiva, choro, Depressão, estado conjugal, falta de motivação, fuga, hostilidade, insegurança, negativismo, rejeição, sentimento de perda, situação de violência, solidão, tensão, medo e pensamento suicida.
LIBERDADE PARTICIPAÇÃO	E	Dependente dos familiares e amigos, independente dos familiares e amigos, participação no plano terapêutico.
SOCIABILIDADE		Isolamento social, participação em grupos de idosos.
RECREAÇÃO LAZER	E	Ocupação do tempo livre, participação em atividades de lazer, insatisfação com as atividades a serem desempenhadas.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		

RELIGIOSA OU TEOLÓGICA, ÉTICA OU DE FILOSOFIA DE VIDA	Confronto religioso e estado de satisfação pessoal.
--	--

Fonte: os autores.

Com base no quadro apresentado, destaca-se que as necessidades Psicossociais apresentaram 53 % de frequência, as Psicobiológicas 30 % de frequência, e por fim, as Psicoespirituais apresentaram 6 % de frequência de indicadores empíricos.

Dentre as necessidades **psicobiológicas**, no que se diz a respeito à nutrição, destaca-se que este é um processo metabólico do organismo para obter nutrientes, controlar a ingestão e o armazenamento deste para manter a vida do indivíduo. Contudo, muito mais do que um elemento essencial ao metabolismo, a nutrição também pode conectar-se à depressão, pois, ao se observar o padrão de apetite de uma pessoa, pode-se observar se há nele algum indicativo do desenvolvimento da doença.

No tocante ao sono e repouso, os itens estresse emocional e desconforto ambiental foram destacados por todos os participantes como indicadores importantes para identificação da depressão em idosos institucionalizados com depressão. Em relação ao exercício e à atividade física, os itens desempenho das atividades físicas, dor ao

movimento, fraqueza ao andar, imobilidade e imobilidade parcial foram considerados relevantes para avaliação das necessidades de saúde de idosos institucionalizados com depressão.

Quanto ao desequilíbrio do sono e repouso, é necessário que o enfermeiro esteja alerta, pois alterações, desajustes e a diminuição da qualidade e do padrão do sono podem ser indicativos de um quadro depressivo. Existe, aliás, uma qualidade subjetiva do sono, por meio da qual é possível indicar no indivíduo, inclusive, o grau de sintomas depressivos e de sentimentos de solidão. A presença de insônia pode ser sintomática da depressão e, ao mesmo tempo, a existência de insônia também é capaz de desencadear, a posteriori, depressão (NAPOLEÃO *et al.*, 2016). Por esta razão, o profissional de enfermagem precisa observar o desequilíbrio do sono e repouso e tentar entender suas possíveis causas, fazendo, sempre que possível, intervenções de enfermagem que otimizem a qualidade e o padrão do sono criando, rotinas diárias, inclusive com atividades físicas, para pacientes idosos acometidos de quadros depressivos.

Ademais, a atividade física é essencial para a manutenção da força muscular, do equilíbrio e da amplitude de movimentos em pessoas idosas, além de otimizar os

vínculos sociais, ao passo que permite que elas interajam com outras pessoas e de melhorar suas funções cognitivas, uma vez que esse tipo de atividade exige do praticante memória, atenção aos movimentos a serem executados e é dinâmica. Afora isto, a prática de atividades físicas é capaz de atenuar danos funcionais relacionados à velhice e pode contribuir, portanto, para tratar e prevenir doenças crônicas, além de evitar o surgimento da depressão em idosos, uma vez que o comprometimento do sistema motor decorrente do envelhecimento pode relacionar-se diretamente com o desenvolvimento da depressão.

Em motilidade, foram validados os seguintes indicadores empíricos: coordenação dos movimentos; declínio cognitivo; dormência; força motora normal; orientação no tempo e no espaço; parestesia; parestesia; tremores de extremidades; e vertigem. Além disto, os itens diminuição dos reflexos e níveis de consciência apresentaram também um IVC igual a 0,8.

Em relação às NHB de caráter **psicossocial**, os indicadores que obtiveram 100 % de concordância entre os enfermeiros foram amor e aceitação. Os demais indicadores, liberdade e participação e sociabilidade, foram validadas com IVC que variam entre 1,0 e 0,8. Estas atividades nas ILPI são de suma importância, para estimular

o idoso a relacionar-se melhor com os demais, a não ficarem ociosos, interagir, evitar ficar ocioso e isolado (BESTETTI, CHIARELLI, 2012).

Quanto às **necessidades psicoespirituais**, todos os itens foram validados. Dois deles – religião e restrição religiosa – obtiveram um índice de concordância entre as respostas igual a 0,8. Os demais – confronto religioso; estado de satisfação pessoal; necessidade de atividades religiosas; bem como necessidade de um líder espiritual – apresentaram um IVC igual a 1,0.

Entende-se, portanto, que o enfermeiro precisa estar atento às manifestações apresentadas no envelhecimento no que diz respeito à depressão em idosos institucionalizados, buscando compreender as condições de vida e as necessidades humanas básicas de idosos institucionalizados com depressão. Torna-se, portanto, indispensável a participação ativa e cuidadosa do profissional de enfermagem nas ILPI para um cuidado integral com qualidade, conhecendo suas necessidades e dependências.

3. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Entende-se a necessidade de atenção dos profissionais de enfermagem junto aos idosos

institucionalizados em estado depressivo, pois por meio da utilização de instrumentos diagnósticos e de um Histórico de Enfermagem que tem por finalidade obter informações da doença, pode-se auxiliar no tratamento adequado de modo que se possa evitar que esses idosos cheguem no último estágio da doença: o suicídio.

Os indicadores empíricos foram identificados e classificados nas necessidades afetadas, com base no referencial teórico de Wanda Horta, das Necessidades Humanas Básicas. Constata-se que as necessidades Psicossociais apresentaram 53 % de indicadores, um percentual maior por serem apontadas na literatura como uma necessidade primordial à vida, principalmente, por se tratar de uma carência maior nas dimensões sobre o amor e aceitação. Os sentimentos relativos às necessidades psicossociais são expressivos em idosos institucionalizados. É importante atentar à função do enfermeiro como peça fundamental na afetividade, confiança e acima de tudo na assistência humanizada.

As necessidades psicobiológicas mostram 30% de frequência de indicadores, sendo inferior aos indicadores das necessidades psicossociais. Acredita-se que tanto as necessidades psicobiológicas quanto às necessidades psicossociais influenciam no estado de saúde do idoso

institucionalizado com depressão, exigindo cuidados de enfermagem específicos para cada situação. As necessidades psicoespirituais apresentaram 17% de indicadores, sendo necessidades que revelam a capacidade do agir e do pensar na pessoa idosa depressiva, de maneira reflexiva e singular.

Destaca-se, portanto, que o idoso institucionalizado com depressão é um ser complexo, ao se pensar na multifatorialidade da doença nessa fase da vida, e por isso requer um planejamento da assistência de enfermagem que inclua o diálogo com a família e/ou cuidador, atenção às necessidades básicas até que a pessoa idosa seja capaz de autocuidar-se, a necessidade de apoio emocional com escuta qualificada e reforço positivo dos pontos positivos da personalidade da pessoa idosa e entendimento dos recursos disponíveis para enfrentamento da depressão.

O histórico de enfermagem proposto, como instrumento de operacionalização da consulta de enfermagem, possibilita um levantamento de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicossociais de idosos institucionalizados com depressão que auxiliará o (a) enfermeiro (a) a identificar diagnósticos de enfermagem que requeiram intervenções de enfermagem ou ações de enfermagem junto à equipe multidisciplinar. Ressalta-se que

o instrumento proposto ainda precisa ser avaliado quanto sua operacionalização clínica por meio de estudos de casos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento da sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados faz-se necessário para planejamento da assistência à saúde tendo em vista melhorias da sua qualidade de vida. Com relação à assistência de enfermagem, o conhecimento sobre necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de idosos com depressão pode auxiliar no diagnóstico de problemas a serem solucionados por meio de intervenções de enfermagem ou ações em equipe multidisciplinar, incluindo a família e o cuidador, que muitas vezes, precisam ser inseridos no planejamento do cuidado.

Neste sentido, elenca-se o enfermeiro como um dos profissionais responsáveis pelo manejo dos cuidados aos idosos com depressão em ILPI, oferecendo uma assistência holística, além de ser, legalmente, o supervisor da equipe de enfermagem que acompanha por mais tempo os idosos institucionalizados. Portanto, o (a) enfermeiro (a) necessita

de instrumentos validados para operacionalização da consulta de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. K. N. A; SOUSA, R. C. R.; SOUTO, R. Q; SILVA JÚNIOR, E. G; EULÁLIO, M. C; ALVES, F. A. P; NERI, A. L. **Capacidade funcional e depressão em idosos.** Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, Vol. 11, Nº 10, out., 2017, pp. 3778-386.

BESTETTI, M. L. T.; CHIARELLI, T. M. **Planejamento criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo de caso em Foz do Iguaçu-PR.** Persp. Em Gestão & Conhec. [online] 2012 [acesso em: 14 jun. 2018] Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/10623>>.

BRASIL. Portaria n. 810 **Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso.** 22 set., 1989.

CARREIRA, L; BETHOL, M. R.; MATOS, P.C.B; TORRES, M.M; SALCI, M.A. **Prevalência de depressão em idosos institucionalizados.** Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Vol. 19, Nº 2, abr./jun., 2011, pp. 268-73.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-358/2009.** 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/ssaude/saudepessoal/enferm/resolucao_358_2009101.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.

DE JESUS, I.S; SENA, E.L.S; MEIRA, E.C; GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M. **Cuidado sistematizado a idosos com afecções demenciais residentes em instituição de longa permanência.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Vol.31, N.2, pp.285-292, 2010.

HARTMANN JÚNIOR, J.A.S; GOMES, G.C. **Depressão em idosos institucionalizados:** as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. Revista da SBPH, Vol. 17, Nº 2, pp. 83-105, 2014.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem/Wanda de Aguiar Horta,** com a colaboração de BRIGITTA E. P. Castellanos. São Paulo: EPU, 2011.

MITCHEL, A. J; BIRD, V; RIZZO, M; MEADER, N. **Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15.** 2010.Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800132>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

NAPOLEÃO, M.; MONTEIRO, B; ESPÍRITO-SANTO, H. **Qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e institucionalização em pessoas idosas.** Rev. Port. Invest. Comport. Soc. [online]. 2016 [acesso em 20 nov. 2018]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/46758>.

RIGOTO, M. F.; GUIMARÃES, A. G.; RANGEL, G. C. A.; CAMARA, SHEILA. Contribuição fonoaudiológica em idosos acometidos de acidente vascular encefálico. Rev. Bras. Gerit. Geront. [online]. 2016 [acesso em 20 jul. 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326107528_Contribuicao_fonoaudiologica_em_idosos_acometidos_de_acidente_vascular_encefalico.

SANTOS, J.S.R; BITTENCOURT, G.K.G.D. **Instrumento para consulta de enfermagem em idosos com depressão: uma revisão integrativa.** Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. Artigo encaminhado.

SILVA, N. M. N; AZEVEDO, A. K. S; FARIAS, L. M. S; LIMA, J. M. **Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, n. 9, v. 1, jan/mar, 2017, pp. 159-166.

SMALL, G. W. **Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients.** 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20141704>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

TOMASINI, Sérgio Luiz Valente; ALVES, Simone. **Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência.** Revista Brasileira de Ciências do Desenvolvimento Humano, Passo Fundo, Vol. 4, Nº 1, 2007.

CAPÍTULO 07

SISTEMATIZAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PESSOA IDOSA COM DOR CRÔNICA

**Marta Ferreira de Carvalho
Karoline de Lima Alves
Antônia Lêda Oliveira Silva**

1. INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento e a crescente prevalência das doenças crônicas, destacam-se patologias associadas a sintomas altamente incapacitantes e degenerativos, que alteram a capacidade fisiológica do idoso, modificam suas habilidades físicas, contribuindo, desta forma, para ocorrência de dor crônica na população idosa (PESSIN; BOS, 2016).

A dor crônica está associada a processos patológicos de longa duração, que se aprazam por meses e muitas vezes por anos, promovem limitações funcionais, com prejuízos para qualidade de vida, sexualidade, levando o indivíduo à depressão, isolamento social, sentimento de morte, dependência e incapacidade física (SILVA, *et al.*, 2017). A prevalência de dor em idosos no mundo, incluindo o Brasil, varia de 37 a 70 %, depende do critério

cronológico diante a dor crônica, desta forma a dor crônica é um grave problema de saúde pública que compromete a qualidade de vida desta população (DALLAROSA, *et al.*, 2014). Limitando a sua autonomia, independência, interação social com prejuízo direto na qualidade de vida ocasionando uma demanda alta nos serviços de saúde, fazendo-se necessário diagnóstico, mensuração e avaliação correta pelos profissionais de saúde (MORAIS, *et al.*, 2016).

De acordo com Pereira *et al.*, (2014), a dor crônica causa um grande impacto na vida das pessoas idosas interferindo nas suas atividades de vida diárias, além de prejudicar na realização de atividades físicas e exercícios que são indicados para o controle das doenças crônicas não transmissíveis. Desta forma, gera efeitos negativos na saúde e no bem-estar biológico, psicológico e espiritual, o idoso sofre, pois, torna-se fragilizado sendo prejudicado em algumas situações limitando as atividades do cotidiano, lesando na segurança no convívio social (COLTRI, *et al.*, 2015).

O sucesso no tratamento da dor depende da identificação da causa de base do processo algico e seu tratamento definitivo. Entretanto, em muitas situações de dor crônica, a dor, por si só, torna-se entidade independente e deve ser tratada de maneira específica. É importante

lembrar que não há marcadores biológicos de intensidade da dor; a dor é um sintoma e o relato do paciente, a principal evidência de sua existência (FREITAS; PY, 2017).

A dor crônica afeta espontaneamente a função e a qualidade de vida das pessoas acometidas, e devido à sua alta prevalência é indispensável maior atenção dos profissionais de saúde que atuam nas unidades hospitalares como também nas unidades básicas de saúde que atendam esta população e trate de modo eficiente (RUVIARO; FILIPPIN, 2012).

Assim sendo, Sá (2017) ressalva que para o controle da dor, faz-se necessário uma avaliação minuciosa, incluído as causas e possíveis efeitos da ocorrência, tipos de mecanismos fisiopatológicos, como também fatores psicossociais, culturais e espirituais. Os profissionais de saúde devem realizar uma avaliação integral desses idosos, planejando e executando intervenções, prevenindo e diminuindo as incapacidades nas atividades diárias e promover o autocuidado (MORAIS *et al.*, 2016).

Logo, é imprescindível que o idoso tenha uma assistência integral e multiprofissional, e nessa abordagem ressalta-se o papel do enfermeiro, que deverá ter uma visão holística do idoso, de forma que a avaliação e o tratamento sejam o mais abrangente possível e que venha minimizar o

impacto negativo da dor, através de uma avaliação por meio do processo de enfermagem, a partir de inferências diagnósticas e elaboração de intervenções adequadas, evitando ou minimizando o agravamento das condições clínicas (MOURA, *et al.*, 2017).

Nesse contexto, destaca-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto uma metodologia importante para o processo de trabalho do enfermeiro, proporcionando aos profissionais recursos técnicos, científicos e humanos, visando melhorar a qualidade na assistência prestada ao cliente de forma contínua (REMIZOSKI; ROCHA; VIDAL, 2010).

Assim para a efetividade da sistematização da assistência, torna-se imprescindível que o enfermeiro utilize o Processo de Enfermagem (PE), ferramenta que permite, por meio de suas etapas operacionais: levantar dados, inferir diagnósticos de enfermagem, elaborar plano de cuidados, implementar o cuidado e avaliar os resultados, o atendimento das necessidades de cuidado da pessoa, em particular do idoso com dor crônica, numa perspectiva multiprofissional e integral, proporcionando um atendimento adequado e um cuidado que contribua para minimizar os impactos causados por esse sintoma (COFEN, 2009).

Neste sentido é importante se desenvolver estratégias e ações para pessoas idosas residentes em condomínios capazes de minimizarem a dor crônica referida por estes, a partir de uma avaliação específica para dor crônica com o intuito de contribuir para assistência à pessoa idosa no atendimento de Enfermagem, em consonância com a propositura da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de propor um roteiro para consulta de enfermagem para pessoa idosa com dor crônica.

2. DOR CRÔNICA NA PESSOA IDOSA

De acordo com International Association for the Study of Pain (IASP), a dor crônica é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão de início súbito ou lento, de intensidade leve a constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três meses (GARCEZ, *et al.*, 2018).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) no ano de 2018 estimou que 20 a 50 % dos idosos provenientes da comunidade têm importantes problemas dolorosos e esse número aumenta para 45 a 80% em pacientes institucionalizados, podendo ser ainda maior nos

hospitalizados, com a dor sendo sub reconhecida e sub tratada em grande parte dos casos, as principais causas são as doenças osteomusculares e degenerativas, osteoporose e suas consequências, levando-o as fraturas e outras complicações. Os tipos de dor apontados são dor nociceptiva, neuropática e psicogênica. Fatores que originam a dor crônica no idoso, na maioria das vezes envolvem desordens cinéticas e funcionais sobre o sistema musculoesquelético.

O fenômeno doloroso pode ser classificado segundo o mecanismo pelo qual ele é gerado nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva ocorre por estímulo intenso nas fibras nociceptivas, onde há elevada síntese de substância alogênicas provenientes de inflamações, traumatismos e queimaduras. Já a dor neuropática, ocorre por lesão ou compressão em estruturas do sistema nervoso periférico ou central (PIMENTA; CRUZ, 2006).

A dor psicogênica tem uma incidência muitas vezes superestimadas, possuindo frequentemente um componente psicológico secundário resultando numa apresentação mista e sensação dolorosa rara, a exemplo da dor psicossomática (KOFF; DUNN, 2008).

Assim, a dor aguda, em termos biológicos é um recuso defensivo, atua como mecanismo protetor contra

agentes lesivos, evoca respostas neurovegetativas. A dor crônica transcorre de perpetuação da dor aguda, prosseguindo mesmo após cura de lesões, sendo a causa de incapacidade laborativa, familiar e social, modifica os hábitos de vida tais como: sono, apetite, vida afetiva, levando o indivíduo a quadros de ansiedade, depressão, a introversão e hostilidade. A persistência da dor acarreta modificações no sistema músculo esqueléticas, neurológicas e psíquicas (PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 1997).

A dor crônica pode interferir na qualidade de vida da pessoa idosa, levando a depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, até sentimento de morte (OLIVEIRA *et al.*, 2017). A dor tem características diferentes nos idosos e fornecem subsídios para a avaliação clínica geriátrica, no planejamento de medidas visando o controle da dor crônica (MUÑOZ; NOGUEIRA; FERNANDES FILHO, 2015).

O estudo de Lima, Portella e Pasqualotti (2016), de um modo geral, retrata que a dor crônica tende a afetar a qualidade de vida do indivíduo, surgindo sintomas, onde os mais comuns são: alterações nos padrões de sono, apetite, libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia,

diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais.

Apesar de a dor ser crônica, a esperança de cura está frequentemente presente nos idosos, esta concepção pode ser fruto de orientações inadequadas sobre as possibilidades terapêuticas do quadro, ou ainda, da dificuldade do próprio idoso em aceitar a cronicidade da dor e que o foco não é a cura e sim o controle (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

3. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PESSOA IDOSA

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico que vem orientar a prática clínica do enfermeiro e de sua equipe, sendo de suma importância para o cuidado integral ao idoso, possibilitando a discussão sobre suas necessidades com fins de minimizar, tratar seus problemas e prestar uma assistência individualizada (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2009 deliberou que a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), devem ser praticadas em todas as instituições de saúde do Brasil, sendo privativa do

enfermeiro, conforme estabelece a Resolução COFEN nº 358/2009.

Assim, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, ajudar na recuperação e adaptação do paciente, família e comunidade, bem como promover sua saúde e o seu bem-estar, o PE é constituído por cinco etapas: 1- Histórico de enfermagem ou Coleta de dados é composto por entrevista e exame físico tem por objetivo identificar os problemas e necessidades de intervenção. As etapas do exame físico são compostas por inspeção, palpação, percussão e ausculta necessitam de conhecimento teórico e aptidões técnicas apropriadas para sua realização; 2 - Diagnóstico de enfermagem, os dados são analisados e o estado de saúde do indivíduo identificando e avaliando as necessidades de intervenções, elaborados de acordo com as necessidades de cada indivíduo; 3 - Planejamento da assistência é determinado de acordo com as necessidades específicas e são organizadas as intervenções para alcançar os objetivos esperados; 4 - Implementação da assistência trata-se da concretização do plano assistencial, realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; 5 - Avaliação dos resultados é o método utilizado para averiguar se ações ou intervenções de enfermagem

obtiveram o resultado esperado, observando a necessidade de alterações ou ajustamentos em alguma das etapas do Processo de Enfermagem, verificando mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um determinado momento do processo saúde doença (COFEN, 2009).

Ressalta-se que, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doenças. Tem como objetivo prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009). Dessa forma é importante um roteiro de enfermagem para auxiliar o profissional durante a consulta de enfermagem a pessoa idosa portadora de dor crônica.

A aplicabilidade do PE possibilita orientar o cuidado ao idoso, de forma integral em todas as dimensões do ser cuidado, devendo ser fundamentada em uma teoria de enfermagem, permitindo direcionar o cuidado clínico com base em conhecimento científico (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

O Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas - MTNHB, de Horta, classificou como

psicobiológicas as necessidades de: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica; crescimento celular; vascular; locomoção; percepção; ambiente; terapêutica. Como psicossociais, as necessidades de: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e no espaço; aceitação; auto-realização; auto-estima; participação; auto-imagem e atenção. Por fim, as necessidades psicoespirituais como: religiosa ou teológica; ética ou de filosofia da vida (HORTA, 1979).

O MTNHB foi difundido em todo o Brasil e adotada como guia norteador da prática assistencial, trazendo subsídios para consulta de enfermagem, sendo amplamente incorporada nos conteúdos programáticos dos cursos de graduação e pós-graduação das universidades brasileiras (SOUZA, 2007).

Para Lima *et al.*, (2015) É de suma importância a utilização de uma teoria de enfermagem na prática profissional, porque norteará a assistência de enfermagem desde a coleta de dados, dando clareza na investigação

facilitando a identificação de diagnósticos de enfermagem que dar subsídio a formulação de ações no planejamento da assistência de maneira específica e individualizada ao idoso portador de patologias crônicas dentre elas a dor crônica.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2018), a população idosa portadora de doenças crônicas e patologias associadas a dor procuram o serviço de saúde com muita frequência e são susceptíveis a desequilíbrios sócias desta forma a dor crônica no idoso tornasse um desafio para a saúde pública, havendo a necessidade de analisar a dor como o “quinto sinal vital”.

A queixa dolorosa prejudica a qualidade de vida da pessoa idosa levando este indivíduo a comportamento de isolamento social, ansiedade, depressão. Assim, avaliação de dor no idoso reunir vários domínios incluindo o sensorial, cognitivo, afetivo, comportamental e sociocultural. Desta forma para se obter diagnósticos precisos é necessário anamnese, exame físico completo e traçar um plano de tratamento com estratégias terapêuticas direcionadas a pessoa idosa com queixas de dor crônica (SBGG, 2018).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa inserida no Projeto de Pesquisa: Políticas, Práticas e Tecnologias

Inovadoras para o Cuidado na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa”, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com Protocolo nº 2.190.153 e CAAE: 67103917.6.0000.5188, em atendimento a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Estudo realizado nos Condomínios *Cidade Madura*, situados em cinco municípios no Estado da Paraíba/Brasil, no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Os referidos condomínios foram criados em 2011, pelo Governo do Estado da Paraíba, para pessoas idosas, de baixa renda, sem apoio familiar, distribuído atualmente, em cinco municípios do Estado da Paraíba: João Pessoa, Campina Grande, Guarabira, Souza e Cajazeiras.

Participaram do estudo 96 pessoas idosas, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes nos referidos condomínios, apresentando cognição preservada, com referência de dor crônica e com queixas de dor, há mais de 6 meses e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

A coleta de dados ocorreu seguindo as etapas: a) Aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para seleção dos participantes da pesquisa; b) Questionário com

dados pessoais dos idosos, c) Aplicação do Inventário Breve de Dord) aplicação de um roteiro para obtenção dos dados que subsidiaram os diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas - MTNHB, de Horta, considerando as dimensões: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual.

Após apresentação dos objetivos da pesquisa, e do Termo de Anuência ao idoso, responsável do participante ou ao Enfermeiro de cada Unidade, se iniciava a coleta dos dados.

Os dados coletados foram organizados para análise seguindo as etapas: análise dos dados obtidos pelo Inventário Breve de Dor; em seguida, dados obtidos para identificação das necessidades humanas básicas, considerando as dimensões: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, com o agrupamento dos enunciados de diagnósticos, a partir das referidas dimensões: definindo-os e classificando-os os diagnósticos de enfermagem, conforme enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) Internacional e as intervenções prescritas, foram agrupadas de acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC).

Os dados referentes ao perfil dos participantes foram organizados em uma planilha e processados com o auxílio do SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*—versão 23. Em seguida utilizou-se para análise a estatística descritiva, considerando: média; desvio padrão da média; frequência e percentual.

5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS IDOSAS COM DOR CRÔNICA

Os resultados da análise dos dados de 96 idosos, residentes nos Condomínios Cidade Madura do Estado da Paraíba/Brasil, distribuídos nos seguintes municípios paraibanos: 26 idosos, na cidade de Cajazeiras; 21 na cidade de Souza; 18 em Guarabira; 16 em João Pessoa e 15 idosos na cidade de Campina Grande/Paraíba, conforme perfil apresentado.

TABELA 1: distribuição das variáveis dos participantes segundo os Condomínios Cidade Madura da Paraíba e Municípios 2019 (n=96).

VARIÁVEIS	Cajazeiras		Souza		Guarabira		João Pessoa		Campina Grande	
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%
IDADE										
60-69 anos	13	50	14	66,7	13	72,2	08	50	10	66,7
70-79 anos	12	46,1	06	28,6	03	16,7	05	31,2	05	33,3
80-89 anos	01	3,9	01	4,7	02	11,1	03	18,8	-	-
SEXO										
Masculino	16	61,5	13	61,9	10	55,5	08	50	05	33,3
Feminino	06	23,1	08	38,1	08	44,4	08	50	10	66,7

NS/NR	04	15,4	-	-	-	-	-	-	-	-
ESTADO CIVIL										
Solteiro	06	23,1	03	14,4	02	11,1	02	12,5	03	20
Casado	10	38,4	13	61,9	04	22,2	06	37,5	04	26,7
Divorciado	06	23,1	01	4,7	03	16,7	01	6,3	04	26,7
Separado	02	7,7	01	4,7	04	22,2	04	25	01	6,6
Viúvo	02	7,7	02	9,6	04	22,2	03	18,8	03	20
União estável	-	-	01	4,7	01	5,6	-	-	-	-
ESCOLARIDADE										
Analfabeto	11	42,3	10	47,6	04	22,2	03	18,8	03	20
Fundamental Incompleto	11	42,3	08	38,1	06	33,4	04	25	05	33,3
Fundamental Completo	-	-	-	-	03	16,7	-	-	02	13,3
Ensino Médio Incompleto	-	-	-	-	-	-	01	6,2	02	13,3
Ensino Médio Completo	-	-	-	-	03	16,7	03	18,8	01	6,7
Superior Incompleto	-	-	-	-	01	5,5	02	12,4	01	6,7
Superior Completo	03	11,5	-	-	01	5,5	03	18,8	-	-
Técnico Incompleto	-	-	-	-	-	-	-	-	01	6,7
NS/NR	01	3,9	03	14,3	-	-	-	-	-	-
RENDA										
Aposentadoria	23	88,6	16	76	14	77,8	14	87	12	80
Pensão	-	-	01	5	01	5,5	02	13	02	13,3
Autônomo	01	3,8	02	9	-	-	-	-	01	6,7
Doações	01	3,8	01	5	03	16,7	-	-	-	-
NS/NR	01	3,8	01	5	-	-	-	-	-	-
TOTAL	26		21		18		16		15	

Fonte: dados consolidados da pesquisa, 2019.

Na tabela 2, apresenta-se dados apreendidos a partir do Inventário Breve de Dor, aplicados em idosos residentes nos Condomínios Cidade Madura.

TABELA 2: Inventário Breve de Dor, nas últimas 24 horas, 2019 (n=96).

VARIÁVEIS	Cajazeiras		Souza		Guarabira		João Pessoa		Campina Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TEM DOR?										
Com dor	10	38,5	12	57,1	09	50	06	37,5	11	73,3
Sem dor	16	61,5	09	42,9	09	50	10	62,5	04	26,7
LOCAL DA DOR										
Cabeça	01	11,2	-	-	04	30,8	01	7,1	-	-
Pescoço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tronco	02	22,2	03	33,3	03	23	03	21,4	04	26,7
Membros superiores	03	33,3	01	11,2	04	30,8	04	28,6	03	20
Membros inferiores	03	33,3	05	55,5	02	15,4	06	42,9	08	53,3
VARIÁVEIS	Cajazeiras		Souza		Guarabira		João Pessoa		Campina Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TEM DOR?										
Com dor	10	38,5	12	57,1	09	50	06	37,5	11	73,3
Sem dor	16	61,5	09	42,9	09	50	10	62,5	04	26,7
LOCAL DA DOR										
Cabeça	01	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Pescoço	01	8,3	02	11,2	01	10	-	-	02	12,5
Tronco	02	16,7	10	55,5	08	70	06	40	09	56,2
Membros superiores	03	25	01	5,5	-	-	05	33,3	02	12,5
Membros inferiores	05	41,7	05	27,8	02	20	04	26,7	03	18,8

Fonte: dados consolidados da pesquisa, 2019.

Os resultados apontam respostas significativas segundo o número de idosos com dor autorreferida de duração maior de três meses, apontando assim, queixas dolorosas nas últimas 24 horas verbalizadas pelos idosos.

No tocante a prevalência de dor crônica no momento da entrevista, verificou-se que os idosos residentes no condomínio de Cajazeiras/PB, 61,5 % relataram não sentir dor, antes e após a entrevista; enquanto 38,5 % informaram sentir dor; 33,3 % referiam dor em membros superiores, e 33,3 % referiam dores nos membros inferiores, antes da entrevista; 41,7 % dos idosos queixavam-se de dor nos membros inferiores, após entrevista.

Os 57,1 %, idosos residentes no condomínio da cidade de Souza/PB, referiam dor no momento da entrevista; destes, 55,5 % informaram dor na parte anterior do joelho, nos membros inferiores, na parte posterior do tronco e na região lombar e, 42,9 % dos idosos não relataram dor.

Verificou-se nos dados referentes aos residentes no condomínio da cidade de Guarabira/PB que, 50 % dos entrevistados relataram sentir dor: 30,8 % se queixaram de dor na cabeça; 30,8 % relataram dor na parte anterior e posterior dos membros superiores; 80 % sentiam dor no tronco. Os idosos residentes em João Pessoa, 37,5 % relataram dor; 42,9 % na região anterior dos membros inferiores e joelhos; 40 % na região posterior do tronco e 62,5 % não relataram dor.

No condomínio da cidade de Campina Grande/PB, 73,3 % dos idosos relataram dor: 53,3 % verbalizaram dor nos membros inferiores e na parte anterior dos joelhos; 73,3 % sentiam dor na parte posterior e 56,2 % na região do tronco.

De acordo com Bobbo *et al.*, (2018) as doenças osteoarticulares, tornam-se um problema de saúde coletiva, com alta prevalência na população idosa brasileira, havendo uma grande incidência de dor em punhos/mãos, ombro e coluna cervical, sendo a maioria dos indivíduos do sexo feminino, justificado pela sobre carga das atividades tanto laborais como domésticas, levando-as a trabalhar mais, e expondo-se ao estresse físico e psicológico.

Os estudos de Coltri, *et al.*, (2015) mostram que prevalência de dor entre idosos acarreta vários problemas, distúrbios do sono e apetite, depressão, limitações de atividades físicas e até mesmo imobilidade. Produzido um impacto na qualidade de vida, as queixas de dor em geral são em vários locais sendo mais comum na região dorsal, membros superiores membros inferiores e quadril.

Conforme as necessidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais o estudo nos mostra que dos 96 idosos participantes da pesquisa 48 relatavam estar sentindo dor no momento da entrevista. No Brasil e no

mundo estudos mostram uma prevalência de dor entre idosos variando de 37 % a 70 % da população, deste modo é um sinal frequente, presente no processo de envelhecimento produzindo impacto negativo na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos acometidos (COLTRI, *et al.*, 2015).

Diante das atitudes prevalentes no Inventário de atitudes frente à dor com 30 itens (IAD- BREVE: 30). Neste estudo quanto aos aspectos Psicobiológicos 33,3 % relataram que me concentrando ou relaxando-me consigo diminuir a minha dor, 31,3 % fala que alguma coisa está errada com meu corpo que impede muito movimento ou exercício, a dor que sinto impedira qualquer pessoa de levar uma vida ativa, 30,2 % refere que exercícios são bons para o meu problema de dor e 27,2 % se eu não fizer exercícios regularmente o problema da minha dor continuará a piorar.

Nos aspectos psicossociais, 22,9 % dos entrevistados relataram muitas vezes, que estão com dor e precisam de mais carinho do que recebem, consideram ser de responsabilidade daqueles que o amam ajudarem quando sentem dor e 21,9 % sempre que sentem dor as pessoas devem tratá-lo com cuidado e preocupação e 16,7 % sempre que sentem dor, querem que a família os trate melhor.

No diz respeito aos aspectos psicoemocionais dos entrevistados, 36,5 % estavam desiludidos com o tratamento e relatavam que eu sei com certeza que posso aprender a lidar com minha dor, 33,3 % acreditava que remédio é um dos melhores tratamentos para dor crônica, 29,2 % eu acredito poder controlar a dor sinto mudando meus pensamentos, 29 % relacionava a ligação das emoções a intensidade da dor, 27,1 % falavam que a depressão aumenta a dor que sinto, 26,0 % eu confio que a medicina pode curar a minha dor, 24 % a ansiedade aumenta a minha dor e 20,8 % eu aprendi a controlar a minha dor.

Nos estudos de Kayser *et al.*, (2014) a dor crônica acarreta alguns problemas de ordem psicológica, disfunção cognitiva e diminuição da capacidade física, ocasionando redução da produtividade nas tarefas de casa, devido as afecções do aparelho locomotor. As doenças crônicas osteoarticulares podem causar um grande incomodo na população idosa, levando-os a procurar constantemente a assistência médica, levando também ao prolongamento do tratamento, alguns casos sem a perspectiva de cura, o que pode gerar grande sofrimento e frustrações, apenas com um tratamento paliativo e, por conseguinte, resultando na piora da qualidade de vida.

No que concerne à vulnerabilidade, os idosos apresentam grande risco de agravamento do estado de saúde, quando portadores de doenças crônicas dentre elas a dor, pois causa grandes restrições em seus afazeres e habilidades básicas de vida trazendo dificuldades na mobilidade e no desempenho de suas atividades diárias. Desta forma sendo um aspecto negativo na qualidade de vida da população idosa, pois compromete sua autonomia (COLTRI, *et al.*, 2015).

Os estudos de Brito, Menezes e Olinda (2016) mostra que os idosos portadores de doenças crônicas que praticavam atividade física exibiam uma melhor capacidade funcional enquanto os que não praticavam havia uma correlação entre incapacidade funcional e número de doenças crônicas não transmissíveis onde estes idosos avaliaram sua saúde como ruim.

Os idosos são os maiores consumidores de medicamentos, principalmente medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios em sequência os medicamentos sedativos e tranquilizantes, de acordo com Paula, Almeida e Alves (2014). E quando utilizados a partir de cinco medicamentos em uso contínuo, esta terapêutica configura-se como polifarmácia uma prática frequente entre os idosos.

Para o sucesso do tratamento dos que sentem dor, faz-se necessário uma avaliação por parte da enfermagem. Assim, são elementos indispensáveis e úteis em todas as etapas do cuidado, determinando características da dor e os diferentes tipos de dor, manejo e monitoramento realizados pela equipe de Enfermagem (SOUSA, *et al.*, 2010).

Deste modo, os idosos se auto medicamentavam utilizavam pomadas, vários anti-inflamatórios e analgésicos, comprados sem prescrição médica. Portanto, o estudo de Alves, *et al.*, (2018) confirma os achados neste estudo, sendo um aspecto negativo a automedicação. A dor crônica é uma das queixas que interfere no cotidiano do idoso, levando a alterações em sua rotina diária.

Para Lima, (2015) o idoso precisa de maior atenção por parte da equipe de enfermagem, onde as queixas de dor devem ser analisadas e investigadas de acordo com a intensidade, constância e duração, observa-se que a característica da dor pode interferir na qualidade de vida. Desta forma, o enfermeiro deve identificar os diagnósticos e implementar uma assistência direcionada como parte do Processo de Enfermagem e da sistematização da Assistência.

Logo, a dor crônica tem grande influência no fator psicológico e emocional do idoso que exige do enfermeiro a

necessidade de avaliar e intervir de forma que venha ajustar os processos psicoemocional e social. Então, corroborando com o presente estudo, Silva *et al.*, (2012) em sua pesquisa sobre as atitudes dos idosos correlacionadas com o bem-estar psicológico, evidenciou que os idosos têm a percepção de seu envelhecimento, mas diante do enfrentamento das perdas da velhice, há a necessidade de adaptação e um ajustamento psicológico perante as questões sociais, familiares e afetivas do cotidiano.

Além dos aspectos psicológicos e emocionais, os idosos referiam a necessidade espiritual, pois, muitas vezes, quando a medicação não aliviava a dor, eles recorriam as orações e o alívio da dor vinha por meio da fé a espiritualidade, religiosidade interfere de forma positiva, melhorando assim a qualidade de vida (LEMOS, 2019).

Deste modo, a Associação de Diagnósticos de Enfermagem da América do Norte (NANDA, 2018), traz, a solidão como um diagnóstico de enfermagem relacionado ao processo familiar prejudicado, que por sua vez é responsável em sustentar o bem-estar do idoso, associados a condição clínica que é a dor. Clares *et al.*, (2016) em sua pesquisa identificou Subconjunto de diagnósticos de enfermagem para idosos evidenciando o Risco de solidão e o Processo familiar prejudicado como um aspecto que

influenciam o processo saúde/doença, que acarreta na maioria dos idosos merecendo importância devido às repercussões negativas que causam em seu cotidiano, impedindo as relações sociais, levando ao isolamento social.

Um estudo com idosos que buscou identificar os diagnósticos de enfermagem, sendo evidenciado a dor crônica representa uma condição presente em 58 % dos idosos, a frequência de dor em idosos está relacionada à incapacidade física crônica. Ressaltando ainda que as dores impedem a realização das atividades da vida diária, a dormir, no convívio social e provocam irritação, em alguns casos até depressão (OLIVEIRA, *et al.*, 2011).

Evidenciou-se nos relatos de idosos queixas de dor crônica, em que, ao fazer uso de exercícios físicos, havia uma melhora do quadro doloroso, ajudando de certa forma a ter uma qualidade de vida levando ao envelhecimento saudável. Lima, Teston e Marcon (2014) afirmam que os idosos valorizam aspectos relacionados à saúde, ou seja, ter saúde é ausência de doença. No entanto a qualidade de vida dos idosos pode modificar de acordo com a composição do residencial, ambiente de moradia, tempo e com as prioridades ao longo da vida.

Diante das queixas dolorosas relatadas pelos 48 idosos que referiram dor, foram identificados os diagnósticos

de enfermagem de acordo com as necessidades levantadas. Assim as elaborações do diagnóstico de enfermagem foram construídas a partir das manifestações clínicas apresentadas pelos idosos utilizando literatura pertinente.

QUADRO 1: diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas (Psicobiologias, Psicossociais e Psicoespirituais) relacionadas à dor crônica.

Necessidades Humanas Básicas – PSICOBIOLOGICAS – relacionadas à dor crônica		
NECESSIDADE	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
Sono e repouso	Sono ineficaz	Observar as circunstâncias da dor que dificultem o adormecer; Planejar assistência de enfermagem na ocorrência de processos dolorosos; Avaliar o padrão do sono; Detectar a presença de outros fatores que possam contribuir com a insônia;
	Padrão de sono alterado	Explicar a importância do sono e de repouso; Identificar causas do problema e reduzi-las ou saná-las; Orientar o posicionamento adequado; Utilizar técnicas de relaxamento.
	Fadiga	Identificar fatores que desencadeiam a fadiga; Auxiliar o idoso nas atividades (alimentação e higiene); Orientar o cuidador para deixar o idoso em repouso;

		Atentar para as medicações pois a fadiga pode estar relacionada a distúrbios eletrolíticos.
Atividade Física	Padrão inadequado de atividade física	Adaptar o idoso as terapias físicas de acordo com suas limitações; Orientar a respeito das restrições físicas de acordo com a cronicidade da dor; Planejar atividades dentro do nível de tolerância; Encorajar a realizar atividade física de sua preferência dentro delimites seguro.
	Deambulação alterada	Orientar o idoso a andar a intervalos regulares; Observar as respostas emocionais e/ ou comportamentais e suas limitações da mobilidade; Estimular a deambulação; Estimular a exercícios ativos.
Senso de percepção	Dor	Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente; Avaliar a dor quanto a localização, frequência e duração; Avaliar eficácia das medidas de controle da dor; Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes. Avaliar intensidade da dor por meio de escalas. Ensinar técnicas não farmacológicas (relaxamento,

		massagem, diversão);
	Dor crônica	Aplicar compressas quentes no local; Controlar a dor; Investigar fatores que aumentam a dor Identificar causas da dor Eliminar a causa da dor; Discutir com o indivíduo a eficácia da combinação de técnicas físicas, psicológicas com a farmacológica; Avaliar o controle da dor e respostas a medicação; Avaliar terapias tradicionais; Monitorar a dor após administração de medicamento.

Necessidades Humanas Básicas – PSICOSSOCIAIS – relacionadas à Dor Crônica

NECESSIDADE	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
Autoestima e autoconfiança	Baixa autoestima	Encorajar a expressar percepções, sentimentos e medos; Encorajar o sentimento da autoestima; Encorajar a pensamentos positivos. Reforçar decisões construtivas sobre necessidade de saúde. Identificar atitude frente a dor.
	Autoestima alterada	Auxiliar o indivíduo a aceita os sentimentos Positivos e negativos; Avaliar a autoestima, Evitar críticas negativas, estimular a visita de amigos, familiares e pessoas

		significativas; Estimular a imaginar resultados e futuro positivos.
Gregária	Atitude familiar negativa	Encorajar a família a participar dos cuidados; Encorajar a participação no familiar ao tratamento; Encorajar a presença de familiares; Avaliar a dinâmica de apoio familiar.
Segurança emocional	Ansiedade relacionada ao estado de saúde atual	Promover a expressar adequadamente seus sentimentos; Estabelecer relacionamento interpessoal efetivo; Monitorar o estado emocional; Oferecer um ambiente calmo e agradável.
Cuidado corporal ambiental e	Autocuidado inadequado	Estimular a participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; Estimular a participação de autocuidado independente; Manter o ambiente sem obstáculos Orientar quanto a importância do autocuidado; Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.
Necessidades Humanas Básicas – PSICOESPIRITUAIS – relacionadas à Dor Crônica		
NECESSIDADE	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES
Religiosidade e espiritual	Angústia espiritual	Apoia práticas espirituais da pessoa ou família;

		Promover bem-estar; Proporcionar privacidade e silêncio para orações diárias; Proporcionar ambiente que favoreça a expressão da religiosidade e espiritualidade.
--	--	--

Fonte: dados consolidados da pesquisa, 2019.

Os Diagnósticos de Enfermagem são fundamentais na orientação às intervenções e no planejamento da assistência de enfermagem, de forma individualizada, trazendo benefícios com uma assistência de qualidade (UBALDO, *et al.*, 2017).

A dor Crônica pode ter relação com o perfil dos indivíduos, geralmente portadores de patologias crônicas. Desta forma os enfermeiros realizando uma boa avaliação podem intervir no tratamento contribuindo para a segurança e a qualidade da assistência.

Barros e Albuquerque (2014) afirmam a importância da avaliação do paciente com dor, como também as condutas de enfermagem necessárias para alívio das queixas dolorosas e ressaltando a falta de preparo dos profissionais e a necessidade de mudança na atitude diante do conhecimento técnico-científico exigido pela profissão.

A assistência de enfermagem deve ter respaldo técnico e científico, atrelado as evidências clínicas apresentadas pelos idosos, acometidos por dor crônica,

visando a prestação de cuidados integrais. Assim, Pedrosa (2015) afirma que, é importante uma assistência baseada em evidências sendo necessário um rigor metodológico para avaliar a tomada de decisão do enfermeiro, com evidências científicas, dando propriedade para melhorar a qualidade da assistência, capacitando os enfermeiros assistenciais trazendo benefícios das intervenções de enfermagem no cuidar.

6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Necessidades Humanas Básicas – Psicobiologias relacionadas à Dor Crônica	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Sono Ineficaz ()	Observar as circunstâncias da dor que dificultem o adormecer; Planejar assistência de enfermagem na ocorrência de processos dolorosos; Avaliar o padrão do sono; Detectar a presença de outros fatores que possam contribuir com a insônia.
Padrão de sono alterado ()	Explicar a importância do sono e do repouso; Identificar as causas do problema e reduzi-las ou saná-las; Orientar o posicionamento adequado; Utilizar técnicas de relaxamento.
Fadiga ()	Identificar fatores que desencadeiam a fadiga; Auxiliar nas atividades (alimentação e higiene); Orientar o cuidador quanto a importância do repouso;

	Atentar para as medicações pois a fadiga pode estar relacionada a distúrbios eletrolíticos.
Padrão inadequado de atividade física ()	Adaptar o idoso as terapias físicas de acordo com suas limitações; Orientar a respeito das restrições físicas de acordo com a cronicidade da dor; Encorajar a realizar atividade física de sua preferência; Planejar atividades dentro do nível de tolerância.
Deambulação alterada ()	Orientar o idoso a andar a intervalos regulares; Observar as respostas emocionais e/ ou comportamentais e suas limitações da mobilidade; Estimular a deambulação; Estimular a exercícios ativos.
Dor ()	Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente; Avaliar a dor quanto a localização, frequência e duração; Avaliar eficácia das medidas de controle da dor; Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes, Avaliar intensidade da dor por meio de escalas, Ensinar técnicas não farmacológicas (relaxamento, massagem, diversão); Orientar quanto à necessidade de repouso durante a dor.

Dor crônica ()	Aplicar compressas quentes no local; Controlar a dor; Investigar fatores que aumentam a dor; Identificar causas da dor Eliminar a causa da dor; Discutir com o indivíduo a eficácia da combinação de técnicas físicas, psicológicas com a farmacológica; Avaliar o controle da dor e respostas a medicação.
Necessidades Humanas Básicas – Psicossociais relacionadas à Dor Crônica	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Baixa autoestima ()	Encorajar a expressar percepções, sentimentos e medos; Encorajar o sentimento da autoestima; Encorajar a pensamentos positivos; Reforçar decisões construtivas sobre necessidade de saúde; Identificar atitude frente a dor.
Auto estima alterada ()	Auxiliar o indivíduo a aceita os sentimentos Positivos e negativos; Avaliar a autoestima Evitar críticas negativas Estimular a visita de amigos, familiares e pessoas significativas; Estimular a imaginar resultados e futuro positivos.
Atitude familiar negativa ()	Encorajar a família a participar dos cuidados; Encorajar a participação no familiar ao tratamento; Encorajar a presença de familiares; Avaliar a dinâmica de apoio familiar.
Ansiedade relacionada ao estado de saúde atual ()	Promover expressar adequadamente seus sentimentos; Estabelecer relacionamento interpessoal efetivo;

	Monitorar o estado emocional; Oferecer um ambiente calmo e agradável.
Autocuidado Inadequado ()	Estimular a participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; Estimular a participação de autocuidado independente; Orientar quanto a importância do autocuidado; Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.
Necessidades Humanas Básicas – Psicoespiritual relacionadas à Dor Crônica	
Sofrimento espiritual ()	Apoia práticas espirituais da pessoa ou família; Proporcionar privacidade e silêncio para orações diárias; Proporcionar ambiente favorável a expressão da religiosidade e espiritualidade.

Fonte: Os autores.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesse estudo, se destaca como limitações número de participantes quando se trata de uma pesquisa realizada em cinco municípios; além, da ausência de enfermeiros para integrar a equipe de saúde nos Condomínios dificultando a participação dos idosos na pesquisa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se avaliar a dor crônica em idosos e se identificar diagnósticos de enfermagem que possibilitou a partir dos resultados se propor um roteiro para consulta de enfermagem para pessoa idosa com dor crônica, residente em condomínios para idosos, com o intuito de colaborar com os enfermeiros que trabalham nos referidos condomínios, seguindo as etapas: dados pessoais do idoso; Queixas de saúde; Fatores de risco; Exame físico e outras informações; Escala de Dor; Sistema neurológico e locomotor e, Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções subsidiados no Modelo Teórico das Necessidades Humanas Básicas (Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais) relacionada à dor crônica.

Ressalta-se a necessidade de se compreender que cada um dos componentes relacionados a esse diagnóstico, denota que a dor tem alta prevalência na senescência, entretanto o alívio desse sintoma precisa ser melhor avaliado e priorizado nas ações de cuidado, assim sendo o profissional de enfermagem deve ter conhecimento teórico e prático, para não subjugar os aspectos relacionados a dor, e realizar a assistência considerando todas as estratégias

terapêuticas disponíveis, buscando um melhor método de cuidado.

Deste modo, o roteiro pode facilitar a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem e assim realizar uma intervenção de qualidade ao idoso com queixas dolorosas, por meio de melhores práticas de cuidado e políticas de promoção à saúde.

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem nos ambientes de cuidado ao idoso, é uma ferramenta comprovada no que concerne a melhoria da saúde da população idosa, pois facilita e padroniza as ações de enfermagem, de modo individualizado e eficiente, garantindo a integralidade e a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALVES, Thiago Gonçalves Gibson *et al.*, Exercícios resistidos melhoram a qualidade de vida em idosos: estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo. v.12. n.73. p.205-212. Mar./Abril. 2018.

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas; ALBUQUERQUE, Ana Paula dos Santos. Condutas de enfermagem no diagnóstico da dor e a classificação dos resultados. **Rev. dor**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 107-111, jun. 2014.

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

humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, v. 150, n. 112, 2013.

BRITO, Kyonayra Quezia Duarte; MENEZES, Tarciana Nobre de; OLINDA, Ricardo Alves de. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, Oct. 2016.

BOBBO, Vanessa Cristina Dias *et al.*, Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de Lian Gong e sedentários. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1151-1158, Apr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras [legislação na internet]. Rio de Janeiro; 2009. [acesso 07 Abr 19]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluaocofen-n-3582009_4309.html

COLTRI, Marianne Valero *et al.*, Avaliação e Tratamento de Dor Crônica no Paciente Idoso. **Revista Thêma et Scientia**, v. 5, n. 2, jul/dez 2015.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; DE FREITAS, Maria Célia; PAULINO, Monnyck Hellen Couto. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado fundamentada em virginia henderson. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n. 3, p. 649-658, 2013.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra *et al.*, Subconjunto de diagnósticos de enfermagem para idosos na Atenção Primária à Saúde. **Ver Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 272-278, 2016.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes *et al.*, Associação entre dor crônica e auto relato de quedas: estudo populacional? **SABE. Cad. Saúde Pública**, v.30, n.3, p.522-532, 2014.

FREITAS, Elizabete Viana de. PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**, 4. ed. [Reimpr]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GARCEZ, Regina Machado *et al.*, **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020** [recurso eletrônico]-[NANDA International]; 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/ Editora da USP, 99p. 1979.

KAYSER, Bárbara *et al.*, Influência da dor crônica na capacidade funcional do idoso. **Rev. dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 48-50, Mar 2014.

KORFF, Michael Von; DUNN, Kate M. Chronicpainre considered. **Pain**, 138(2), 267–276. 2008.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 61, n. 2B, p. 416-425, June 2003.

LE MOS, Carolina Teles. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, v. 17, n. 2, p. 688-708, 2019.

LIMA, Kátia dos Santos; PORTELLA, Marilene Rodrigues; PASQUALOTTI, Adriano. Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 255-269, jan. 2017.

LIMA, Juliana; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos. **Saúde (Santa Maria)**, v. 35, n. 1, p. 73-80, 2014.

LIMA, Walisson Guimarães, *et al.*, Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 72-80, jan-fev, 2015.

MORAIS, Daiene de *et al.*, Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016.

MOURA, Caroline de Castro *et al.*, Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. **Rev. enferm**, Bogotá, v. 35, n. 1, p. 53-62, Apr. 2017.

MUÑOZ, Rilva Lopes de Sousa; NOGUEIRA, Germana Fernandes; FERNANDES FILHO, Eguimar Nivaldo. Percepção de dor em idosos e adultos jovens: diversidade semiológica em avaliação multidimensional da experiência dolorosa. **Rev. Bras. med.**, v. 71, n. 9, p. 287-93, Set. 2014.

OLIVEIRA, Camila Helen, *et. al.* Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: a luz da Teoria de Callista Roy. **Cienc Cuid Saude**. v. 16, n. 1, Jan-Mar, 2017.

OLIVEIRA, Roberta Rodrigues *et al.*, Diagnósticos de enfermagem de idosos cadastrados em estratégias de saúde da família em um município do interior de Goiás. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 248-259, abr/jun, 2011.

PAULA, Barbara Gonçalves de; ALMEIDA, Maiara Rodrigues Barra de; ALVES; Jeane de Fátima Correa Silva. Alterações bucais de idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 26, n. 3, p 219-26, Set/Dez, 2014.

PEDROSA, Karilena Karlla Amorim *et al.*, Enfermagem Baseada Em Evidência: Caracterização Dos Estudos No Brasil. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 4, p. 733-741, out/dez, 2015.

PEREIRA, Lilian Varanda *et al.*, Prevalência, intensidade de dor crônica e auto percepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 662-9, jul-ago. 2014.

PESSIN, Jonathan Loro; BOS, Ângelo José Gonçalves. Interfaces entre lombalgia e envelhecimento. **Pajar**, v. 4, n. 2, p. 64-69, 2016.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 365-373, Sept. 2006.

REMIZOSKI, Jucilene; ROCHA, Mayra Moreira; Janaina VIDAL. Dificuldades na implantação da Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE: Uma revisão Teórica. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v. 03, p. 1-14, 2010.

RUVIARO, Luiz Fernando; FILIPPIN, Lidiane Isabel. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev Dor**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-31, abr-jun 2012.

SÁ, Katia Nunes. Espiritualidade e dor. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 95-96, Apr. 2017.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **DOR: O quinto sinal vital abordagem prática no idoso**. Minas Gerais, p.4-27, 2018.

SILVA, Lorena Cláudia Carvalho *et al.*, Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo (SP), Brasil, v. 15, n. 3, p. 119-140, jun, 2012.

SILVA, Amanda Ramalho *et al.*, Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr**, v. 66, n.1, pp.45-51, 2017.

SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para clientes adultos em unidade cirúrgica**. 123p.: il. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 2007.

SOUSA, Fátima Faleiros *et al.*, Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR). **Rev. Latino Am-Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-9, Jan-fev. 2010.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; KOIZUMI, Maria Sumie; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev. bras. cancerol**, v. 43, n. 1, p. 21-44, 1997.

UBALDO, Isabela *et al.*, Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional em pacientes internados em unidade de clínica médica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 1, p. 68-75, 2017.

CAPÍTULO 08

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO SOLIDÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Saneyde de Carvalho Almeida
Maria de Lourdes de Farias Pontes

1. DIÁLOGOS INICIAIS

O envelhecimento populacional tem se evidenciado devido às modificações e melhorias conquistadas das condições de vida, representando assim uma conquista social. Diante deste contexto, observou-se a necessidade de um olhar diferenciado a esta população, que enfrenta problemas multidimensionais que afetam a saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Considerando isso, o cuidado à saúde do idoso preconiza abordagem global, interdisciplinar e multidimensional com vista ao alcance do bem-estar do binômio idoso e família (TSE *et al.*, 2016).

O processo de envelhecimento humano pode ser compreendido, como um processo gradativo, individual e dinâmico, apresentando características de alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Essas alterações determinam a gradativa perda da capacidade de

adaptação ao meio ambiente, levando a ser mais vulneráveis e incidentes a processos patológicos, que por sua vez, leva o idoso a morte (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Uma das possibilidades de cuidado nesta condição de envelhecer é a oferta da assistência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A institucionalização pode apresentar-se como uma opção em decorrência de múltiplos aspectos dentre os quais o abandono pela família, a falta de recursos financeiros, falta de parentes próximos, ausência de cuidadores e incapacidade física dos idosos (OLIVEIRA; ROZENDO; 2014).

As ILPI fazem parte da rede de assistência social e também integra a rede de assistência à saúde, ou seja, a sua função vai além de oferecer moradia, mas presta também um cuidado de saúde. (CAMARANO, 2010). Conceitua-se ILPIs como “instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005).

O ambiente institucional tem o inconveniente de produzir isolamento, inatividade física e mental, diminuindo,

consequentemente, a qualidade de vida de seus residentes. O idoso precisa se adaptar às rotinas da instituição e, aos poucos, percebe que alguns de seus hábitos, mantidos durante a vida toda, não poderão continuar. Essas mudanças, podem provocar modificações comportamentais e psicossociais, como sentimento de solidão, que intensificam o isolamento e a inatividade (JESUS, *et al.*, 2010).

Bispo e Lopes (2010), definem solidão como uma das sensações que assombram quem mora em instituições. Embora o idoso esteja rodeado de outras pessoas, o sentimento de estar sozinho está presente, visto que as pessoas marcantes na sua vida se encontram distantes.

A solidão traz isolamento, provocando um vazio que pode se manifestar em todas as fases da vida, consistindo de forma mais frequente na velhice. Através do abandono, agravos podem surgir como problemas psicoemocionais como é o caso da depressão. (LOPES *et al.*, 2009).

Diante da problemática da solidão no ambiente institucional vivenciado pelo idoso o enfermeiro possui importante papel no cuidado do mesmo, pois o seu trabalho é efetivado pelo Processo de Enfermagem, que representa o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático do cuidado profissional, possibilitando uma

assistência individual e humanizado (BARRA; DAL SASSO, 2012). O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (AHMED *et al.*, 2014). Com esse modelo, pretende-se oferecer estrutura para a enfermagem planejar uma abordagem individualizada, em todos os níveis das atividades de vida, para os clientes com idade mais avançada, que se encontram institucionalizados, e possui o diagnóstico de solidão.

Para este estudo considerou a definição de solidão descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que refere ser “Sentimentos de falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de ser excluído, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companhia, simpatia e amizade, acompanhado de sentimentos de insignificância, vazio, retraimento, baixa autoestima” (GARCIA, 2018).

Em estudo realizado com 209 idosos institucionalizados, com o objetivo de elaborar enunciados de diagnósticos de enfermagem para idosos institucionalizados fundamentados na teoria das

Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson e na CIPE, demonstrou que a maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados foi classificada no Componente Biológico/Fisiológico, porém foram identificadas, também, demandas de necessidades psicossociais e espirituais, as quais sustentaram a elaboração de enunciados de diagnósticos de enfermagem relacionados aos Componentes Psicológicos, Sociais e Espirituais/Morais, segundo referencial teórico de Henderson (FERNANDES *et al.*, 2019).

Desta forma, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que proporcione uma atenção que contemple as peculiaridades e necessidades dos idosos no âmbito institucional, com vista à na prevenção de sentimentos de solidão e sobretudo contribua para o idoso mantenha sua autonomia e independência.

Portanto, este capítulo tem o objetivo de identificar intervenções enfermagem para o diagnóstico ‘solidão’ em idosos institucionalizados.

2. CAMINHOS TRILHADOS

Para consolidação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico ‘solidão’ em idosos institucionalizados foi

realizado uma pesquisa aplicada, desenvolvida a partir das bases das diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiros-CIE, o Modelo de Sete eixos da CIPE®, o Modelo de terminologia de referência da ISO 18.104:2014 (ISO, 2014) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem–NIC.

De acordo com a estrutura categorial para representar uma ação/intervenção de enfermagem da ISO 18.104:2014, uma intervenção de enfermagem deve conter um descritor para Ação e um descritor para Alvo (GARCIA, 2018), que segundo Nóbrega *et al.*, (2015), um termo Alvo, pode ser qualquer um dos termos contidos nos demais eixos da CIPE®, conforme a necessidade, com exceção dos termos do eixo Julgamento.

Desta forma, as intervenções correspondentes ao diagnóstico de enfermagem “Solidão” foram incluídas em um instrumento e validadas por seis juízes que atenderam aos critérios de inclusão: enfermeiros com titulação de especialista, mestre ou doutor com experiência em pesquisas sobre a CIPE®, idoso e ILPI, que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado na Resolução Nº. 466/12 (PASQUALI, 2013; BRASIL, 2012).

Para quantificar o grau de concordância entre os juízes, durante o processo de avaliação, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que obtiveram um índice de concordância entre os participantes $\geq 0,92$, ou seja, 92 % de concordância entre enfermeiros.

3. INTERVENÇÕES ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO 'SOLIDÃO' EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O protocolo de ações/intervenções de enfermagem para o diagnóstico de solidão avaliado pelos juízes possuía 64 itens, dos quais 34 (53,1 %) foram considerados bastante/extremamente relevante e 10 (15,6 %) referido como extremamente relevantes, justificando o IVC de 0,92 atribuídos pelos juízes ao instrumento (TABELA 1).

Tabela 1. Classificação das Ações/Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de solidão quanto ao nível de concordância dos itens entre os juízes da pesquisa. João Pessoa – PB, 2019. Na próxima página.

Ações/Intervenções de enfermagem	Irrelevante	Pouco relevante	Bastante relevante	Extremamente relevante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Melhorar a autoestima.	-	-	-	6 (100,0)
Encorajar o idoso a identificar seus pontos positivos.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Estimular o contato visual na comunicação com os outros.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Evitar críticas negativas	-	-	-	6 (100,0)
Transmitir confiança na capacidade do idoso em lidar com as situações.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Encorajar o idoso a aceitar novos desafios.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Proporcionar ambiente e atividades que aumentam a autoestima.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Melhorar a auto percepção.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Estimular quanto à socialização.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Envolver pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais.	1 (16,7)	-	-	5 (83,3)
Favorecer envolvimento familiar.	-	-	-	6 (100,0)
Facilitar visitas promovendo maior interação social.	-	-	-	6 (100,0)
Dar suporte emocional.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Estimular quanto ao convívio com outras pessoas, familiares e vizinhos.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Apoiar quanto ao enfrentamento do comportamento ansioso.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Identificar e reduzir estressores ambientais.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)

Promover esperança.	-	-	-	6 (100,0)
Estimular quanto às terapias de grupo.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Estimular quanto a prática de exercícios.	-	-	4 (66,7)	2 (33,3)
Reduzir ansiedade estimulando quanto a expressão de sentimentos.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Estimular quanto a prática de técnicas de relaxamento.	-	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)
Orientar idoso sobre as atividades da equipe multidisciplinar (Fisioterapeuta, Nutricionista, por exemplo).	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Avaliar dinâmica de apoio familiar.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Oferecer suporte social.	-	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)
Utilizar técnicas que possam melhorar o relacionamento familiar.	-	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,6)
Estimular quanto a espiritualidade, participando de grupos de oração e partilha.	-	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)
Inserir o idoso em atividades sociais e comunitárias.	-	-	-	6 (100,0)
Estimular a comunicação verbal e interação social.	-	-	-	6 (100,0)
Identificar situações de crise familiar promovendo melhorias nessa relação.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Estimular o idoso a expressar sentimentos, preocupações e medo.	-	1 (16,7)	-	5 (83,3)
Encaminhar o idoso e a família a outros profissionais de acordo com sua necessidade.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Promover escuta à pessoa idosa.	-	-	-	6 (100,0)
Promover integridade familiar na manutenção de sua dinâmica.	1 (16,7)	-	2 (33,3)	3 (50,0)
Oferecer-se para permanecer com o idoso em novo ambiente	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)

durante as primeiras interações.				
Promover integridade familiar na manutenção de sua dinâmica.	1 (16,7)	-	2 (33,3)	3 (50,0)
Interagir com o idoso em intervalos regulares, transmitindo atenção e/ou oferecendo oportunidade para que converse sobre seus sentimentos.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Auxiliar o paciente a extravasar seus sentimentos (arteterapia, atividade física, técnicas de relaxamento, musicoterapia, terapia com animais.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Permanecer próximo ao idoso em períodos de ansiedade, promovendo segurança e proteção.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Administrar medicamentos para redução de ansiedade, agitação.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Monitorar efeitos dos medicamentos e resultados esperados.	-	-	-	6 (100,0)
Analisar estratégias para reduzir isolamento social.	-	-	-	6 (100,0)
Promover suporte emocional, encorajando, apoiando, auxiliando e investigando quanto as emoções.	-	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)
Realizar avaliação contínua para determinar as necessidades do encaminhamento.	-	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,6)
Identificar recomendações dos provedores de cuidados de saúde em relação ao encaminhamento.	-	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)
Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Criar uma atmosfera que facilite a confiança.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Encorajar relações com pessoas	-	1 (16,7)	2	3 (50,0)

que tenham metas e interesses comuns.			(33,3)	
Encaminhar a programa comunitário de promoção /prevenção/tratamento/reabilitação quando necessário.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Assegurar a família que o idoso está recebendo o melhor cuidado possível.	1 (16,7)	-	-	5 (83,3)
Ouvir preocupações, sentimentos e perguntas da família.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Facilitar a comunicação de preocupações/ sentimentos entre o paciente e a família ou entre membros da família.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Oferecer recursos espirituais à família, quando apropriado.	-	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)
Utilizar ferramentas para monitorar e avaliar o bem estar espiritual, se adequado.	-	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)
Compartilhar crenças sobre o sentido e a finalidade da vida, quando apropriado.	-	-	3 (50,0)	3 (50,0)
Estar aberto as manifestações de solidão e impotência do idoso.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Rezar com o idoso.	-	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,6)
Assegurar ao idoso que o enfermeiro estará disponível para apoiá-lo em momentos de sofrimento.	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Manifestar empatia pelos sentimentos do idoso.	-	-	2 (33,3)	4 (66,7)
Demonstrar interesse pelo idoso;	-	-	1 (16,7)	5 (83,3)
Oferecer animais como terapia ao idoso.	-	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)
Encorajar a alimentar e tratar os animais.	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)
Estimular lembranças e compartilhamento de experiências anteriores com animais de estimação.	-	-	5 (83,3)	1 (16,7)

Realizar terapias de reminiscências, encorajando a expressão de sentimento em relação a sentimentos passados, auxiliando em abordar memórias dolorosas.	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,6)	-
Encorajar expressão de emoções com relação a animais.	-	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Observou-se que dentro dos itens considerados bastante/extremamente relevantes, que caracteriza a efetividade do protocolo, estavam associados a melhoria das dimensões psicológica, familiar, social e espiritual da pessoa idosa. No âmbito psicológico destaca-se melhorias quanto a auto estima, suporte emocional, estímulo ao convívio com outras pessoas, expressar sentimentos, evitar críticas negativas, auto percepção, redução da ansiedade, transmitindo segurança e estimular lembranças e compartilhamento de experiências anteriores com animais de estimação. Com isto, a interação social tem o poder de estimular o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social (MAIA *et al.*, 2016).

Além disso, outra dimensão, nesse mesmo contexto foi evidenciada, que trata da dimensão familiar, onde se busca estimular interação com seus familiares, avaliar dinâmica de apoio, identificando situações de crise, ouvindo

preocupações, sentimentos e perguntas da família. O processo de adaptação por parte do idoso, na institucionalização, carrega consigo mudanças radicais, onde a convivência passa a ser fracionada. É neste momento que o idoso necessita de mais cuidado e atenção. Desta forma, a necessidade de afetividade se manifesta significativamente na vida diária dos idosos, expressando mais uma vez que a família deve estar presente nesta etapa, para prestar o suporte necessário (GONÇALVES *et al.*, 2015). No âmbito social, identificou-se a necessidade de se manter apoio social, estimular comunicação com os outros, estímulo à socialização e às terapias de grupo como também analisar estratégias para reduzir isolamento social. O apoio social propicia ao idoso um suporte quanto às questões de enfrentamento diante das perdas e limitações decorrentes do processo de envelhecimento, principalmente no que diz respeito ao idoso institucionalizado, trazendo ajuda no enfrentamento dos problemas decorrentes da institucionalização (MAIA *et al.*, 2016).

No que diz respeito a espiritualidade, observou-se a importância de se compartilhar crenças sobre o sentido e a finalidade da vida, quando apropriado. Tal intervenção se justifica por se considerar que espiritualidade/religiosidade pode proporcionar ao idoso sensação de bem estar,

aliviando sintomas como a depressão, angústia, morbidade e mortalidade (OLIVEIRA; ALVES, 2014). A religião e a espiritualidade podem ajudar quanto ao enfrentamento de estressores, como a falta de autonomia, perda familiar e amigos, perda financeira e perda do vigor da juventude (OLIVEIRA; ALVES, 2014).

No encontro com os juízes da assistência (cinco) observou-se que, durante avaliação do protocolo, os mesmos afirmaram o quão era imprescindível a inserção das intervenções que estavam sendo propostas, mas que devido a realidade ao qual vivem sentem dificuldades. Isto acontece devido ao número reduzido de profissionais para prestar uma assistência fidedigna, ao qual se limitam nos cuidados inerentes à pessoa idosa, deixando de lado o cuidado, a atenção, a partilha de sentimentos, ouvir os mesmos em sua subjetividade e que é tão essencial quanto aos cuidados primários.

Vale salientar que, as ILPI, devem buscar cada vez mais atender as necessidades da pessoa idosa em sua totalidade, olhando o idoso de maneira holística e proporcionando a melhor assistência aos mesmos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar com base na

literatura os indicadores relacionados ao diagnóstico de solidão em idosos institucionalizados, resultando em 64 ações\intervenção de enfermagem que estavam relacionados as dimensões psicológica, familiar, social e espiritual da pessoa idosa.

A sistematização das ações\intervenção de enfermagem significa para o cuidado ao idoso institucionalizado um ganho significativo por representar subsídio que norteará a prática de enfermagem para o alcance de uma assistência qualificada que auxilia a prevenção de sentimentos de solidão nos idosos.

Diante do exposto, este estudo demonstra implicações na pesquisa e na prática assistência da enfermagem gerontológica. Em relação à pesquisa, há necessidade do desenvolvimento de novos estudos no sentido de avaliar a aplicação desse conjunto de ações\intervenção para o diagnóstico de enfermagem 'solidão' em idoso no âmbito das ILPI'S.

No contexto da assistência gerontológica subsidia a sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, de forma a orientar o cuidado na prevenção e recuperação de idosos com o diagnóstico de 'solidão', no sentido de contribuir com a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AHMED, D.; EL SHAIR, I.H.; TAHER, E.; ZYADA, F. **Prevalence and predictors of depression and anxiety among the elderly population living in geriatric homes in Cairo**, Egypt, 2014. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25534177/>. Acesso: 12 de março de 2018.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. The nursing process according to the international classification for nursing practice: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2017 Jan 18];21(2):440-7. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a24v21n2.pdf

BISPO, N.; LOPES, R. A solidão entre idosos institucionalizados e o efeito do atendimento de fisioterapia. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 1, (2011). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.409>. Acesso: 12 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Mapa CEPs**. Abril de 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v.27, n.1, p.232-235, Jun. 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/s4xr7b6wkTfqv74mZ9X37Tz/?lang=pt>. Acesso: 12 de março de 2018.

FERNANDES, B. K. C. *et al.*, Nursing diagnoses for institutionalized elderly people based on Henderson's theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2019, v. 53 [Acessado 3 Setembro 2021], e03472. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004103472>. Acesso:

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017**. Porto Alegre: Artmed, 2018. Acesso: 20 de janeiro de 2019.

GONÇALVES, M.J.C.; AZEVEDO JÚNIOR, S.A.; SILVA, J.; SOUZA, L.N. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. **Rev Recien** [Internet].; [cited 2018 May 31]; v. 5, n. 14, p. 12-8, 2015. Disponível: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/106/172>

JESUS, I.S. *et al.*, Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.1, n.2, p. 285-92, jun, 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/kSnmXHcZFn5ZYJ7zfZjNwZm/?lang=pt>. Acesso: 20 de janeiro de 2019.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **RBCEH, Passo Fundo**, v. 6, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2009. Disponível: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/362>. Acesso: 05 de dezembro de 2018.

MAIA, C. M. L *et al.*, Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. **Revista de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016. Disponível: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/279>. Acesso: 20 de janeiro de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283**, de 26 de setembro de 2005; Publicada em DOU nº 186, de 27 de setembro de 2005; ANVISA, 2005. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso: 12 de março de 2018.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.5, p.773-779, out. 2014. Disponível: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032830015>. Acesso: 20 de janeiro de 2019.

PASQUALI, L. Psicometria. Ver Esc Enferm USP. 2009;43 (Esp.): 992-9. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/abstract/?lang=pt>. Acesso: 23 de maio de 2018.

TEIXEIRA, J. S.*et al.*, Envelhecimento e Percepção Corporal de Idosos Institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 63- 68 Jan-Mar, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/mQB7kkPZgbCtL8MSC6mRMLF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 20 de janeiro de 2019.

TSE, M. M. *et al.*, Frailty, pain and psychological variables among older adults living in Hong Kong nursing homes: can we do better to address multimorbidities? **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, 2016. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307261/> Acesso: 20 de janeiro de 2019.

CAPÍTULO 09

CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO

**Camila Navarro Rocha Saraiva
Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Maria Miriam Lima da Nóbrega**

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente, tendo iniciado a princípio, nos países desenvolvidos e recentemente vêm ocorrendo nos países em desenvolvimento, de forma mais acelerada (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

A complexidade do envelhecimento humano no que se refere aos aspectos cronológicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define pessoa idosa, nos países desenvolvidos, como todo indivíduo com sessenta e cinco anos ou mais e, em países em processo desenvolvimento, como todo cidadão com sessenta anos ou mais (OPAS, 2005). Esse conceito foi definido pela Resolução 39/125, na Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento da população, associando a expectativa de

vida ao nascer e a qualidade de vida fornecida a população (SANTOS *et al.*, 2010).

Recentes estudos demográficos têm demonstrado um crescimento acelerado e intenso da população mundial dos idosos. No Brasil, o envelhecimento populacional também vem ocorrendo de maneira crescente. Estima-se que para o ano de 2020 o contingente de pessoas com 60 anos irá atingir 13,8 % da população total brasileira, alcançando a marca de 33,7 % em 2060 (FLUETTI *et al.*, 2018).

O estado da Paraíba possui um contingente de 3.766.528 pessoas, composta por 451.101 idosos, representando 12 % da população. Na cidade de João Pessoa, a população total é de 723.515 habitantes - 74.507 representados por idosos, correspondendo o equivalente a 10,3 % da população (IBGE, 2010).

O acentuado crescimento da população senil decorre, basicamente, de três condicionantes profundamente interligados: aumento na expectativa de vida, redução da natalidade e avanços tecnológicos na área da saúde; a associação destes fatores tem induzido uma alteração demográfica constante (VERAS, 2009).

O processo de envelhecimento humano é composto por vários fatores, complexos e progressivos em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, socioeconômica,

cultural e espiritual, o que implica perda da reserva funcional tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas, o que pode contribuir para redução da funcionalidade (FLUETTI *et al.*, 2018).

Não há dúvidas de que o aumento dos anos de vida do brasileiro seja uma grande conquista, no entanto, trazem desafios nas demandas de ordens sociais e econômicas, essa dinâmica se traduz numa maior procura dos idosos por demandas na área da saúde, o que aponta para um desafio: adequar a infraestrutura existente às necessidades dessa população, o que inclui os serviços de saúde (FLUETTI *et al.*, 2018).

Com o envelhecimento, os problemas de saúde tendem a aparecer com mais frequência, o que aumenta a procura por atendimento. Em 2018, foram 3.033.023 internações hospitalares, sendo 684.332 por causa de problemas circulatórios, e 423.666, respiratórios, em indivíduos a partir de 60 anos de idade, apontando aumento em relação ao ano de 2017 (DATASUS, 2019). No Brasil, pesquisa aponta que é cada vez mais crescente e acelerado o número de idosos convivendo com doenças crônicas não transmissíveis, confirmando, desta forma, um novo perfil epidemiológico (CLEGG, 2013).

Esses dados requerem atenção especial, na medida em que a saúde, estilo de vida e perspectivas dos indivíduos são modificadas. Essas alterações têm gerado maiores demandas, além dos serviços de saúde, ocorre aumento na procura da previdenciária e assistência social, já que os idosos se deparam com novas necessidades, que exigem adaptação e espaço na sociedade no contexto atual (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

Alterações nas demandas de saúde da população brasileira na direção das necessidades da população geriátrica, representadas por problemas crônicos e múltiplos, requerem intervenções mais onerosas. As perturbações em nível de humor são um dos problemas de saúde mais constados nos idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento do quadro patológico preexistente. Nesse contexto, a depressão emerge como uma patologia de alta incidência mundial, caracterizada como a segunda causa de morbidade nos próximos anos. A Organização Mundial de Saúde caracteriza a depressão como um importante agravo saúde pública, aproximadamente 154 milhões de pessoas são afetadas em todo o mundo. No Brasil, a incidência dessa doença entre a população idosa varia entre 4,7 % a 36,8 %, dependendo do instrumento utilizado, pontos de corte, gravidade dos sinais

e sintomas e do local onde vivem os idosos. Além disso, representa um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes entre as pessoas idosas, requerendo avaliação de sua presença, pois a mesma tem impacto negativo e quanto maior a gravidade do quadro inicial, aliado a não existência de tratamento adequado, grave será o seu prognóstico (BRASIL, 2010).

Geralmente, a referida doença coexiste com outras enfermidades clínicas crônicas, isso amplia a incapacidade e o ônus dos cuidados. Essa patologia diminui a qualidade de vida, induz a baixa adesão ao autocuidado, aumenta o uso de outros serviços médicos, é um fator de risco de suicídio e, frequentemente, está associado à deficiência cognitiva (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

Dessa forma, torna-se extremamente importante a estratégia de rastreio nos sintomas habituais, onde na maioria das vezes são negligenciados, como alterações no humor, sono e apetite, que persistem por mais de duas ou três semanas. Essa sintomatologia caracteriza o Transtorno Depressivo Maior (TDM), mas não constituem um diagnóstico definitivo, serve como indicador que deve ser monitorado, a fim de se evitar piores prognósticos da doença (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5) traz por definição o Transtorno Depressivo Maior (TDM) como uma condição de saúde mental e multideterminada “caracterizado por um conjunto de quatro ou mais dos seguintes sintomas depressivos: alteração do humor, apetite, sono, anedonia, letargia, sentimento de culpa, baixa autoestima, dificuldade de concentração, agitação e ideação suicida” (DSM, 2014, p.161).

A dependência é um processo dinâmico que pode ser modificado, prevenido e/ou reduzido, necessitando de uma intervenção holística do paciente no atendimento de suas necessidades. A dependência do idoso para realização das Atividades de Vida Diárias (AVDs), como banhar-se, vestir-se, transferir-se, continência de esfínteres e alimentar-se, ocasiona aumento na demanda do cuidado de enfermagem por uma assistência integral nesse cenário (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011).

Diante do contexto populacional que se alicerça rapidamente nas sociedades atuais, o processo de cuidar tem se destacado, tornando-se indispensável diante das limitações originadas do processo de envelhecimento e a pluralidade de seus efeitos (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011).

O cuidado é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da espécie humana e na velhice, torna-se essencial o incremento de novas habilidades, diante do surgimento das mudanças advindas nas últimas décadas. Esse cuidado é entendido de diversas formas, pode ser uma atitude, sentimento, necessidade, processo, ação, presença, pois o cuidado abrange dimensões teórico-filosóficas e, portanto, o seu conceito é difícil, amplo e complexo, podendo ser caracterizado de diferentes maneiras (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

O cuidar na Enfermagem é direcionado a partir do processo de enfermagem, que é caracterizado por um instrumento metodológico que possibilita identificar, abranger, delinear, esclarecer como os pacientes respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais que resultam na intervenção do enfermeiro. Esse processo é direcionado pelas teorias de enfermagem que alicerçam o processo do cuidar (LEOPARDI, 2006).

O enfermeiro é membro ativo da equipe multidisciplinar, para viabilizar a prática profissional, o mesmo necessita de instrumentos. Para tanto, a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de

Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências” (COFEN, 2009).

Nessa Resolução, a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem”, o mesmo é um “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional”, “organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem” (COFEN, 2009).

É essencial o emprego de instrumentos que norteiam a identificação e a classificação da dependência deste idoso quanto aos cuidados de enfermagem, no sentido de contribuir com o planejamento para uma assistência eficaz. A identificação do estado situacional e as intervenções direcionadas ao paciente devem ser orientadas com o olhar para a prevenção, promoção da autonomia e independência do idoso, favorecendo uma melhor qualidade de vida (SANTOS; ROCHA, 2013).

É dever de todo o profissional de saúde e nesse cenário o enfermeiro está inserido, implantar metodologias

estratégias de assistência referentes a um acompanhamento holístico do paciente, identificando necessidades e padrões de resposta nos problemas de saúde, para a determinação de soluções apropriadas, além de possibilitar uma maior avaliação da eficiência e eficácia nas intervenções realizadas (SANTOS; ROCHA, 2013). A consulta de enfermagem é uma estratégia tecnológica de fundamental importância nesse processo possui caráter resolutivo tendo respaldado através da lei, sendo exercida privativamente pelo enfermeiro. A mesma deve detalhar de forma precisa, a privacidade e individualidade do idoso sua implementação é essencial nos serviços de saúde, além de contribuir com o exercício trabalho multiprofissional, atuando no desenvolvimento de práticas multiprofissionais e no relacionamento interpessoal com o paciente e familiares (LEITE *et al.*, 2016).

Além disso, a Enfermagem no contexto atual possui vários sistemas de classificação, realizando associações com alguns componentes do processo de enfermagem, tais como diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Nesse cenário, surge a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, sua criação deu-se em decorrência da dificuldade manifestada por enfermeiros em lidar com os problemas de enfermagem

encontrados no seu cotidiano e pela falta de uma linguagem padronizada, facilitando dessa forma a desenvoltura tecnológica e científica da profissão, contribuindo dessa forma para o reconhecimento da profissão e sua autonomia em decorrência do registro e qualidade da assistência, principalmente quando se trata de setores específicos no cuidado da enfermagem (CIPE, 2018).

Para a promoção dessa interação no cuidado de Enfermagem, foi necessária a associação de um modelo conceitual de enfermagem. Diante do exposto, escolheu-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, que visa prestar assistência ao indivíduo na execução de suas necessidades básicas, proporcionando dessa forma a independência na assistência, através do ensino no autocuidado, de forma a recuperar, manter e promover a saúde através da assistência multiprofissional (HORTA, 1979).

Diante desta situação e baseando-se na importância da criação de um instrumento metodológico de trabalho para o enfermeiro que compreenda o paciente em seu contexto biológico, social, emocional e espiritual, foram elaborados os seguintes objetivos: Identificar na literatura os indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas em idosos com depressão; Correlacionar os indicadores empíricos com

a nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes geriátricos depressivos; Construir um instrumento para a consulta de enfermagem em idosos com depressão acompanhados no ambulatório da psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

2. NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS COM DEPRESSÃO ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO DA PSIQUIATRIA BASEADAS NO MODELO TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A ciência da Enfermagem tem sido constituída, ao longo dos anos, por meio de um processo dinâmico, que envolve o desenvolvimento de um arcabouço teórico particular, diante a inclusão de conceitos próprios que embasam a criação no corpo de conhecimento específico dessa disciplina (RAMALHO *et al.*, 2012).

As teorias de enfermagem provêm de percepções em vivências práticas, em que se torna perceptível a necessidade de um ser assistido, o qual transcende o conhecimento técnico do enfermeiro na busca da ciência através de um cuidado integral e de uma prática autônoma da Enfermagem, com a estruturação e a organização da construção do saber (RAMALHO *et al.*, 2012).

As mesmas surgiram em 1950 a partir da necessidade de aperfeiçoar a prática profissional na busca de uma autonomia, consolidando a Enfermagem como ciência, na qual procura adotar uma linguagem própria que atribui significado aos elementos fundamentais da profissão. Dessa forma, as teorias de enfermagem favorecem na compreensão da realidade com base em elementos científicos, constituindo um conjunto de elementos próprios da Enfermagem norteando a prática da profissão, além de contribuir no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática (GARCIA; NÓBREGA, 2004; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010; ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

Na Enfermagem brasileira, destaca-se o modelo conceitual desenvolvido por Wanda de Aguiar Horta em 1970, que se fundamenta em leis gerais dos fenômenos universais, como a lei do equilíbrio (homeostase), que enuncia que “todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres”; a lei da adaptação, segundo a qual “todos os seres do universo interagem com o seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio”; e a lei do holismo, que considera que “o universo é um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo; esse todo não

é mera soma das partes constituintes de cada ser”(HORTA, 2011, p.31).

Com base nessas leis, Horta considera o ser humano (indivíduo, família e comunidade) como parte integrante do universo. Dessa associação, surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Ele é capaz de refletir, imaginar, simbolizar e historicizar. A Enfermagem como membro integrante da equipe de saúde realiza a implementação nos estados de equilíbrio, realiza a prevenção nos desequilíbrios e reverte desequilíbrio em equilíbrio. Os seres humanos têm necessidades básicas que buscam satisfazê-las neste processo interativo.

A Enfermagem é um serviço fornecido ao indivíduo, à família e à comunidade e visa reconhecer o ser humano com suas Necessidades Humanas Básicas (NHB). Para a realização da sua classificação, Horta utilizou a denominação de João Mohana, para os instintos humanos, com ênfase na área psicológica, classificando-as em: Necessidades psicobiológicas, Necessidades psicossociais e Necessidades psicoespirituais. Estas necessidades que têm como base o conceito de hierarquia, do psicólogo Abraham Harold Maslow, segundo o qual algumas necessidades devem ser consideradas prioritárias e cada indivíduo apresenta suas necessidades humanas básicas de

acordo com a escolaridade, a idade, o sexo, ambiente, crença, entre outros (HORTA, 2011).

As necessidades psicobiológicas são definidas como forças, instintos ou energias inconscientes que tem o seu surgimento sem a realização de um planejamento, do nível psicobiológico do homem, são manifestadas, através da necessidade de se banhar, repousar, e assim por diante. As necessidades psicossociais são manifestadas através do surgimento no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, viver em grupo e realizar interações sociais. Em relação às necessidades psicoespirituais o homem procura buscar e compreender a sua vivência de forma inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de sua experiência. O quadro a seguir, apresenta a classificação das necessidades humanas básicas, segundo Horta (HORTA, 2011).

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas
segundo o modelo conceitual de Wanda Horta.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção.

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

Fonte: HORTA, 2011.

Horta procurou desenvolver essa teoria ao perceber que os cuidados de enfermagem eram direcionados à doença, e não, ao indivíduo, que era considerado apenas um corpo experimental. Aliado a esse fato de que a assistência não era sistematizada. Por seguinte, ela

classifica a Enfermagem em três seres: o Ser-Paciente, o Ser-Enfermeiro e o Ser-Enfermagem. O Ser-Enfermeiro é o ser humano com suas qualidades e limitações, porquanto só se desempenham funções de enfermagem se houver o Ser-Paciente, que corresponde ao paciente, à família ou à comunidade que estejam precisando de cuidados. O Ser-Enfermagem é um ser não concreto, que se manifesta pela interação do Ser-Enfermeiro com o Ser-Paciente (HORTA, 2011; MARQUES *et al.*, 2008).

Bousso, Poles e Cruz (2014) enfatizam que as teorias são constituídas por palavras e conceitos, os quais conferem sentido. Com base nessa afirmativa, Horta (2011) apresenta os conceitos de maneira inter-relacionada, como ser, objeto e ente. O ser corresponde ao indivíduo, família e comunidade inseridos num ecossistema, de forma que ocorra trocas de energia; o objeto corresponde o processo de cuidado, determinado pela assistência de enfermagem; e o ente é representado pelas necessidades humanas básicas.

O indivíduo é parte constituinte do universo e realiza interação por meio dele. Através da sua dinâmica, o indivíduo é conduzido aos estados de equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios ocasionam necessidades representadas por estados tensionais de consciência ou

inconsciência, que refletem na busca da satisfação por meio do equilíbrio através do seu dinamismo com o ambiente. A ausência da realização das necessidades, promovem desconfortos e ocasionam a morbidade. Portanto, ter saúde significa estar em equilíbrio com o ambiente. Diante desse contexto, a enfermagem tem papel fundamental na manutenção e recondução do equilíbrio dinâmico (HORTA, 2011).

Além desses conceitos, outros foram descritos como o de **assistir em enfermagem** que “é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e acompanhar a outros profissionais” (p. 31). E as **necessidades humanas básicas** que “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (p. 38). Dependendo do desequilíbrio, as necessidades vão se manifestar em maior ou menor intensidade, caracterizando os **Problemas de Enfermagem** que são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade e exigem, por sua vez, assistência de enfermagem” (HORTA, 2011, p. 38).

Para que a Enfermagem atue com eficiência, é importante que disponha de um método científico, o qual é denominado de processo de enfermagem. Segundo Horta (1979), este se refere ao conjunto de ações interligadas e sistematizadas, visando à assistência ao ser humano. Para a autora, este instrumento é constituído por seis fases: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

A primeira destas etapas refere-se ao histórico de enfermagem, que utiliza como instrumentos mínimos necessários, o exame físico, a complementação dos dados de identificação, a identificação de problemas ou padrões de comunicação, o conhecimento de percepções e expectativas, com o objetivo de tornar possível a identificação de problemas de saúde do ser humano, ou seja, necessidades insatisfeitas ou parcialmente satisfeitas (HORTA, 2011).

Após a realização da coleta de dados utilizando o histórico de enfermagem, em seguida é realizado o diagnóstico de enfermagem, onde são identificados os problemas de enfermagem, os mesmos relacionados a condições apresentadas as quais apontam as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente,

família e comunidade que necessita da assistência de Enfermagem (HORTA, 2011). Para isso, é de extrema importância que o enfermeiro utilize o raciocínio clínico onde os dados encontrados são analisados, levando em consideração suas experiências e seu conhecimento clínico prévio.

A terceira etapa corresponde ao plano assistencial, referente à análise minuciosa do diagnóstico de enfermagem, para a identificação das necessidades afetadas, seu nível de importância e dependência apresentado pelo paciente (HORTA, 2011). Doenges, Moorhouse e Geissler (2003) definem, como plano assistencial ou planejamento, a etapa onde é priorizado os resultados esperados, as intervenções da Enfermagem na resolução dos problemas elencados desenvolvendo ações específicas para cada diagnóstico apresentado.

Posteriormente, é realizada a implementação do plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que consiste no direcionamento e orientação das ações e intervenções da equipe de enfermagem nos cuidados ao atendimento das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 2011).

A quinta etapa do processo é representada pela evolução de enfermagem, estabelecida pelo relato diário das

mudanças que acontecem com o indivíduo. Nesta etapa, poderá ser realizada uma avaliação dos cuidados executados através das prescrições de enfermagem, devendo ser registrada de maneira clara e sucinta, a fim de evitar uma repetição de dados informados anteriormente (HORTA, 2011).

A última etapa do processo refere-se ao prognóstico de enfermagem, que é representado pela capacidade do paciente conseguir atender as suas necessidades de acordo com o cuidado que foi implementado. Esses dados são fornecidos através da evolução de enfermagem, nesta etapa também poderá ser realizada uma avaliação de todo o processo anteriormente implementado (HORTA, 2011).

Tendo em vista que a metodologia do processo de enfermagem tem como objetivo a resolução de problemas, é importante que esta seja subsidiada pelo registro (através dos instrumentos de coleta de dados e planejamento da assistência), que é uma valiosa e permanente fonte de informação. David *et al.*, 1994 (citado por LEAL 2006) apresentam, como finalidades da documentação, demonstrar uma abordagem organizada dos cuidados de enfermagem, demonstrar responsabilidade pelas ações de enfermagem, proporcionar um meio de comunicação eficaz entre os profissionais de enfermagem e de saúde,

favorecendo a continuidade dos cuidados e proporcionar a documentação permanente para referência futura.

Desde o lançamento desse modelo conceitual na década de 1970, vários foram os estudos realizados com o objetivo de implementar o processo de enfermagem, como também fazer as devidas adequações ao modelo. Vale ressaltar, que durante esse período, foi estabelecido pelo COFEN a Resolução 358/98 que trata da sistematização da assistência de enfermagem e da implementação do processo/consulta de enfermagem. Essa Resolução determina que o processo/consulta de enfermagem deve ser desenvolvida utilizando cinco fases: histórico de enfermagem; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem.

Atendendo a Resolução 358/2009 esta pesquisa utilizou as cinco fases e as denominações constantes na referida resolução, ou seja:

- Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): “processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações [...] em um dado momento do processo saúde e doença”. Esta etapa possibilita a coleta de dados que dará sustentação ao diagnóstico de enfermagem e ao planejamento da

assistência, cujo objetivo é obter conhecimento abrangente da pessoa idosa com depressão, com desdobramentos nas demais etapas;

- Diagnóstico de enfermagem: “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem [...]” É utilizado para descrever os problemas de saúde encontrados, podendo ser definido como um julgamento clínico a respeito das necessidades não-atendidas, de uma expectativa ainda não-concretizada ou de um processo interrompido da pessoa idosa, derivado de um processo sistemático e intencional de obtenção e análise dos dados, que fornece elementos para a prescrição da assistência de enfermagem.

- Planejamento de Enfermagem: “determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana [...], identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem”. É a formulação de um plano de cuidado, que permita atingir uma meta ou resultado esperado, que deve considerar a situação atual da pessoa idosa;

- Implementação: “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem” É o momento de colocar em prática as decisões tomadas considerando as ações/intervenções descritas no plano de cuidado, as quais podem ser realizadas pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem;

- Avaliação: “processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças [...], para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem”.

Além das mudanças nas etapas do processo/consulta de enfermagem, os estudos desenvolvidos apresentaram modificações nas necessidades humanas básicas, as quais sofreram algumas adequações em determinados aspectos, de acordo com Garcia e Cubas (2012), tendo como base a organização proposta por Benedet e Bub e a organização das necessidades sociais de Matsumoto, o que levou à redução do número de necessidades e alterações nos títulos e na forma e conteúdo de suas definições, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 2 - Classificação e definição das Necessidades Humanas Básicas e Sociais de Horta.

Necessidades	Conceito
Necessidades Psicobiológicas	
Oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação, de difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e a remoção de dióxido de carbono, e de regulação da respiração, objetivando produzir energia e manter a vida.
Hidratação	É a necessidade de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Nutrição	É a necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e utilização biológica de energia em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida.
Eliminação	É a necessidade de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis, com o objetivo de manter a homeostase corporal.
Sono e Repouso	É a necessidade de manter por certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas,
Exercício e Atividade Física	É a necessidade de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de exercitar-se, trabalhar, sentir-se bem, etc.
Sexualidade e Reprodução	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança física e do meio	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de proteger-se e de manter um

Necessidades	Conceito
ambiente	ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.
Cuidado Corporal e Ambiental	É a necessidade para deliberar, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade; e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde.
Integridade Física	É a necessidade de manter as características orgânicas e elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, objetivando proteger o corpo.
Regulação: Crescimento celular e desenvolvimento funcional	É a necessidade de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, objetivando crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação Vascular	É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Regulação Térmica	É a necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central entre 35,5°C e 37,5°C.
Regulação Neurológica	É a necessidade de preservar ou reestabelecer o funcionamento do sistema nervoso, objetivando controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação Hormonal	É a necessidade do indivíduo de preservar ou reestabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/ funções específicas do corpo.
Sensopercepção	É a necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir

Necessidades	Conceito
Terapêutica e de Prevenção	com os outros e com o ambiente. É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde doença, o que inclui buscar atenção profissional com objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos a saúde, readaptar ou habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
Necessidades Psicossociais	
Comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e Lazer	É a necessidade de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso e entretenimento, distração e diversão.
Segurança e Emocional	É a necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimento e emoções, e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções às pessoas em geral, objetivando ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhece merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre sua própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como vital da própria existência.
Liberdade e Participação	É o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.

Necessidades	Conceito
Educação para a Saúde e Aprendizagem	É a necessidade de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com o objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização	É a necessidade de desenvolver suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcança metas que estabeleceu para sua vida.
Espaço	É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retraindo-se com o objetivo de preservar a individualidade e privacidade.
Criatividade	É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas, novas fórmulas de agir, objetivando satisfação pessoal e sentir-se produtivo capaz.
Garantia de Acesso a Tecnologia	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.

Necessidade Psicoespiritual

Religiosidade e Espiritualidade	É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir-se bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento da importância da vida.
---------------------------------	---

Fonte: Garcia; Cubas (2012).

Levando em consideração as alterações sofridas no Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta, no que diz respeito à denominação das fases do processo/consulta de enfermagem e das necessidades, este incorporou as referidas alterações, uma vez que reconhece

a importância do referencial teórico acompanhar a evolução dos conceitos e da profissão Enfermagem, com o propósito maior de uma assistência de enfermagem de qualidade.

3. INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO

O instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem à pessoa idosa com depressão (Figura 1) e implementação do Processo de Enfermagem no ambulatório de psiquiatria está dividido em três partes: a primeira é referente ao histórico de enfermagem, composto por: dados de identificação, condições gerais, exame físico, avaliação funcional – atividades da vida diária, avaliação cognitiva e necessidades humanas básicas; a segunda fase do processo de enfermagem é constituído por: diagnósticos, resultados, intervenções de enfermagem e evolução; a terceira etapa traz as impressões da enfermeira, intercorrências ou observações realizadas após a implementação do plano de cuidados.

É oportuno destacar que, após revisão da literatura sobre as necessidades humanas básicas em idosos com depressão, foi realizado um levantamento dos indicadores empíricos comuns a esses usuários, utilizando os livros:

“Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®”; “Diagnósticos, Intervenções e resultados de enfermagem subsídios para a sistematização da prática profissional”. A identificação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem neste estudo, possibilitará a assistência de enfermagem, direcionando o planejamento das ações/intervenções de enfermagem, visando à promoção da saúde, permitindo a padronização e uniformização da linguagem profissional, garantindo a continuidade do cuidado.

Em um estudo posterior, o instrumento passará por testes, conferindo sua aplicabilidade no ambulatório psiquiatria, tanto pelas enfermeiras que atuam no setor, como também, pelas residentes em enfermagem de saúde mental. Esta pesquisa trará grandes contribuições para o referido ambulatório, uma vez que, neste ambulatório, inexistiam instrumentos que documentassem a assistência da enfermagem de maneira holística.

O processo de enfermagem tem como fundamentação teórica o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 2011). A implantação da sistematização da assistência de enfermagem colabora para melhorar o processo de

qualificação assistencial da equipe de enfermagem, enriquece o conhecimento científico, por meio da prática assistencial através de uma assistência individualizada e contribui, para documentar a prática de enfermagem, utilizando uma linguagem padronizada.

É importante salientar que o intuito da construção deste instrumento foi fornecer dados mínimos essenciais que representem o cuidado de enfermagem, facilitando a comunicação e o registro da assistência. A utilização do instrumento também facilitará o processo de ensino aprendizagem, possibilitando uma melhor visualização da teoria e prática.

4. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A essência da Enfermagem está em olhar para a pessoa, não esquecendo nenhuma das suas dimensões, olhá-la e perceber exatamente o que ela necessita como pessoa e qual a sua definição de saúde, depois vê-la inserida no ambiente e perceber se este é favorecedor ou prejudicial da sua autonomia para que efetivamente sejam prestados cuidados de enfermagem com qualidade (LEITE *et al.*, 2016).

A maioria dos enfermeiros referem dificuldades em diferenciar os sinais e sintomas depressivos, devido às

alterações que o envelhecimento traz ocasiona e à complexidade da depressão. Por essa razão, é de fundamental importância que o profissional possua conhecimento referente aos processos de senescência e senilidade e, ao mesmo tempo, estimular o idoso, família e cuidador a adotar o autocuidado (MARKLE-REID *et al.*, 2014). O processo de enfermagem vem sendo amplamente aceito e implementado, como um método científico para orientação e uma melhor qualificação da assistência de enfermagem (POKORSKI *et al.*, 2009). De acordo com Leite *et al.*, (2016), as consultas de enfermagem além de serem benéficas aos pacientes também geram benefícios aos profissionais que as realizam através do aprimoramento do pensamento crítico e reflexivo, do desenvolvimento das habilidades relativas ao processo de enfermagem, da capacidade de comunicação e percepção da linguagem verbal e não verbal, da promoção de cuidados de saúde multidisciplinar, do estabelecimento de vínculo, da relação de confiança entre profissional e paciente, contribuição para a valorização profissional, dentre outros inúmeros benefícios.

A assistência de enfermagem apoiada em seu modelo conceitual deve compreender o paciente como um todo, realizando uma análise crítica sobre os problemas

levantados durante a consulta de enfermagem, desde os fatores inerentes às suas necessidades biofisiológicas e de auto-realização, facilitando dessa forma a adesão terapêutica e o planejamento do cuidado, referente às características e limitações individuais (GANDOLFI *et al.*, 2016. SANTOS; ROCHA, 2013).

Nesse estudo, os indicadores empíricos foram identificados a partir de artigos, livros, teses e dissertações, de modo que caracterizassem necessidades humanas básicas comuns referentes ao ambulatório de psiquiatria. Na sua identificação, foram selecionados termos que representassem foco do cuidado de enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

As Necessidades Psicobiológicas englobam as necessidades de Oxigenação, Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Exercício e Atividade Física, Sexualidade e Reprodução, Segurança física e do meio ambiente, Cuidado Corporal e Ambiental, Integridade Física, Regulação: Crescimento celular e desenvolvimento funcional, Regulação Vascular, Regulação Térmica, Regulação Neurológica, Regulação Hormonal, Sensopercepção, Terapêutica e de Prevenção. As Psicossociais englobam as necessidades de Comunicação, Gregária, Recreação e Lazer, Segurança e Emocional, Amor

e Aceitação, Autoestima, Autoconfiança e Autorrespeito, Liberdade e Participação, Educação para a Saúde e Aprendizagem, Autorrealização, Espaço, Criatividade, Garantia de Acesso à Tecnologia; e a Psicoespiritual engloba a necessidade de Religiosidade e Espiritualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado dirigido aos pacientes idosos representa um grande desafio para a equipe de saúde multiprofissional, o processo de envelhecimento é heterogêneo, esse público carrega consigo histórias de vida, familiares, condições sociais, econômicas, personalidades e necessidades diferentes, é fundamental ter conhecimento em relação às demandas dessa clientela, que geralmente procura os serviços de saúde por ocasião de morbidades decorrentes de síndromes geriátricas provenientes da senilidade.

A elaboração da consulta de enfermagem, buscando a associação com a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, permite uma abordagem sistematizada e contribui para intervenções mais efetivas, pois favorece a identificação das potenciais necessidades dos pacientes e possibilita a elaboração de um plano de cuidados eficaz para a promoção e prevenção da saúde.

Espera-se que este instrumento seja incorporado à rotina do serviço de psiquiatria do hospital em estudo, favorecendo a equipe de enfermagem no atendimento ao idoso com depressão. Almeja-se também que os profissionais da área percebam este instrumento como algo que favoreça ao processo de sistematização da assistência e, conseqüentemente, ao desenvolvimento do trabalho de enfermagem de forma científica e a prestação de um serviço qualificado, elevando a visibilidade da profissão.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. R. *et al.*, **Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v.2, n.2, p.115-132, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qipb.def>, 2019. Acesso em: 25 de março de 2019.

CLARES J. W. B; FREITAS M. C; PAULINO M. H. C. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado fundamentada em Virginia Henderson. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 649-58, 2013.

CLEGG, A. *et al.*, Frailty in elderly people. **Rev The Lancet**, v.381, n. 12, p. 752-62, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução COFEN nº. 358, de 15 de outubro de 2009: **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.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 26 de março de 2016.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLUETTI, M. T. *et al.*, Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n.1, p. 62-71, 2018.

GALINDOLFI, M. **Sistematização da assistência de enfermagem: da teoria ao cuidado integral.** Ver Enf UFPE OnLine, 10 (Supl 4): 3694-703, 2016.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. **Diagnósticos, Intervenções e resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.57, n.2, p. 228- 232, mar. -abr. 2004.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

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

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.

LEAL, M. T. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem**: mitos e realidade. Lisboa: Lusociência, 2006.

LEITE, B. S *et al.*, Consultas de enfermagem aos idosos em assistência básica no intercâmbio estudantil internacional: relato de experiência. **Rev enferm UFPE online.**, v. 10 (Suppl4), p. 3710-5, 2016.

LEITE, B. S *et al.*, Consultas de enfermagem aos idosos em assistência básica no intercâmbio estudantil internacional: relato de experiência. **Revenferm UFPE online.**, v. 10 (Suppl4), p. 3710-5, 2016.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.

MARKLE-REIDE, M. **An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms**, BMC Geriatrics, v. 14, n. 1, p. 14-62.

MARQUES, D. K. A. **Construção e Validação de um Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem para adolescentes hospitalizados**. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização Mundial de Saúde**. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 1ª ed. Brasília, 2005.

POKORSKI, S. *et al.*, **Processo de enfermagem: da literatura à prática o quê de fato nós estamos fazendo?** Rev Lat Am Enferm, v. 17, n. 3, p. 150-7, 2009.

RAMALHO, N. *et al.*, **Nursing assistance systematization: terms, theoretical referential and phases of nursing process.** Revista de Enfermagem UFPE On Line [periodic on the Internet] 2012 Nov [cited 2014 Jun 12]; 6(7):2617-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/artic le/viewFile/2948/pdf_15_84.

SANTOS R. P.; ROCHA D. L. B. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, portador de insuficiência renal crônica, hospitalizado. **Rev Kairós Geront.** v. 11, n. 16, p. 237-53, 2013.

SANTOS, W. L. *et al.*, Protocolo de assistência de enfermagem a idosos em alta complexidade. **Rev Baiana de Enferm**, v. 24, n. 1, p. 63-74, 2010.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. **Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.14, n.1, p. 182-88, jan.-mar. 2010.

SOUZA M. L.; LAUTERT L.; HILLESHEIN E. F.; Qualidade de vida a trabalho voluntário em idosos. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n. 3, p. 665-71, 2011.

STHAL H. C.; BERTI H. W.; PALHARES V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

CAPÍTULO 10

MODELO DE ANÁLISE DO PROCESSO INTERATIVO (MAPI) EM IDOSOS COM DEPRESSÃO ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

**Francisca Leneide Gonçalves Pereira
Karoline Lima Alves
Antônia Lêda Oliveira Silva
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt**

1. INTRODUÇÃO

Ao se considerar o desenvolvimento humano, o envelhecimento se configura como um processo de transformação que reflete em mudanças nas dimensões física, psicológica e, em particular, no modo de pensar o próprio envelhecimento enquanto dimensão subjetiva a ser considerada nesse processo.

Do ponto de vista físico, observa-se a prevalência de doenças crônicas que afetam o estado físico e mental do idoso, acarretando perdas fisiológicas, cognitivas, sensoriais, consideradas próprias do envelhecimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que um envelhecimento saudável envolve a integralidade e o desenvolvimento de atividades, para tanto, é importante o convívio social, boa capacidade mental, participação na

sociedade, considerando as necessidades do idoso, desejos, satisfação (OLIVEIRA; BEZERRA; SILVA, 2012).

No que tange às alterações cognitivas associadas às físicas, ao longo do envelhecimento normal, há perdas e ganhos diferentes entre os idosos, variando quanto ao grau de dificuldade de cada um de modo heterogêneo influenciadas pelo modo de adaptação de cada idoso juntamente com suas capacidades cognitivas, sociais e ambientais.

Neste sentido, a pessoa idosa entre perdas e ganhos, tem maior risco para depressão ao se considerar maior o número de perdas associadas ao isolamento, solidão e aspectos fisiológicos. Em um estudo com idosos atendidos na atenção primária a saúde, em um município brasileiro, apontou que 58,6 % apresentam suspeita de depressão e 4,4 % já tinham diagnóstico de depressão (LEAO; SILVA; MOREIRA, 2017).

Assim, a depressão pode estar associada com a socialização do idoso, ao fim da carreira profissional, surgimento de doenças crônicas e abandono por parte de familiares, considerando-se a depressão uma doença secundária em relação às doenças crônicas. Deste modo, caracterizada como um transtorno mental grave (ALMEIDA *et al.*, 2015), dentre os sintomas comuns em idosos, estão:

baixa autoestima, insônia, humor disfórico, hipocondria, sentimentos negativos e até mesmo ideias suicidas (SIQUEIRA; VASCONCELOS; DUARTE, 2009). Assim sendo, evidencia-se a necessidade de busca ativa pelos profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, com o objetivo de identificar fatores de riscos e sinais que podem levar ao acometimento do quadro depressivo em idosos.

Desse modo, os profissionais de saúde, em especial os da atenção básica, devem estar preparados para lidar com situações de depressão, sabendo ouvir, entender a fala do outro, respeitando-se suas angústias e inquietações, assim, estando aptos a trabalhar com o estresse crônico, bastante frequente na população idosa (SANTOS, et al., 2012). Nessa perspectiva, com a inserção da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), os fatores que podem levar o indivíduo ao comprometimento do estado mental, pode ser percebido pela equipe da unidade, tornando-se um importante aliado nos cuidados de pessoas com transtornos mentais. Nos casos leves, a ESF pode assistir este usuário, detectar anormalidade, encaminhar e acompanhar o tratamento, através dos serviços de referência e contrarreferência do Sistema Único de Saúde.

Para efetivação do acolhimento ao idoso com depressão, faz-se necessário um serviço de saúde com profissionais capacitados no conhecimento das necessidades de saúde do idoso e sua rede de suporte como também na elaboração e identificação de informações básicas que permitam prever o grau de comprometimento destes usuários.

A enfermagem deve atentar para importância de um trabalho diferenciado com pessoas idosas, pois exige maior atenção para perceber aspectos que não considera apenas físicos e sim outros, que estejam mascarados pelas queixas físicas. Logo, a sistematização da assistência de enfermagem constitui uma ferramenta importante a ser considerada.

O enfermeiro deve estar atento as inúmeras particularidades apresentadas pela pessoa idosa no atendimento. É importante identificar os grupos que estão vulneráveis à depressão, para que a prevenção de doenças seja eficiente na expectativa de ajudar a melhorar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Assim, torna-se cada vez mais complexo, pensar na promoção da qualidade dos serviços de saúde quando se refere ao idoso depressivo. Entende-se, portanto, a necessidade de uma estruturação do modelo assistencial

que considere o idoso de forma integral, sobrepujando os desafios evidenciados pelas demandas sociais e de saúde com ênfase na comunicação com a pessoa idosa.

O papel do enfermeiro na Atenção Básica, concerne em desafios no seu cotidiano na construção de relações interpessoais, pautadas no diálogo, escuta, humanização e respeito (ACIOLI *et al.*, 2015). Na ESF como lócus de atendimento às demandas de cuidado em saúde, levando a assistência para mais próximo de onde as pessoas vivem, faz-se necessário pontuar como as ações de assistência à saúde não operacionalizadas, visto que o processo de cuidar tem a característica da interação entre a pessoa que cuida e o indivíduo que recebe o cuidado, respeitando os aspectos socioeconômico, políticos e culturais presentes.

Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita ao enfermeiro promover um cuidado humanizado, contínuo e com qualidade ao indivíduo. O processo de enfermagem como uma das ferramentas da SAE permite operacionalizar a assistência com segurança e eficiência. Nesse sentido, de forma integral e individualizado para o ser individual, sua família e o contexto onde está inserido, além de minimizar o prognóstico da doença, reduz erros nos procedimentos realizados (SOARES, *et al.*, 2015).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE pode ser implementado em todos os setores e serviços que os profissionais de enfermagem estejam inseridos, seja ele público ou privado. Sendo assim, a Resolução 358/2009, determina que cabe ao enfermeiro traçar o diagnóstico, intervenções e criar planos de cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

Destaca-se, como uma ferramenta importante para sistematização da assistência de enfermagem, a utilização do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) que contempla o processo de enfermagem por meio de interações do enfermeiro com a pessoa que precisa de ajuda para facilitar o diagnóstico da situação, tendo em vista o planejamento de ações de saúde (MOREIRA, RODRIGUES e COLER, 1997).

O MAPI compreende um modelo proposto por Moreira, Rodrigues e Coler (1997) com o intuito de organizar o atendimento à pessoa que apresenta necessidades específicas, por meio de contatos interativos entre enfermeiro e o paciente. Deste modo, tem o objetivo de a cada encontro de coletar informações para o planejamento de ações voltadas ao cuidado de enfermagem. Assim, possibilita a realização de diagnósticos de enfermagem ou da situação apresentada pelo cliente que

procura o serviço em que a partir do primeiro atendimento ou interação se possa identificar necessidades definidas por diagnósticos de enfermagem identificados a cada encontro para planejamento de próximos encontros, viabilizando o manejo interativo do processo terapêutico.

Neste sentido é importante a utilização de um instrumento dessa dimensão na Atenção Básica capaz de viabilizar a promoção de uma melhor assistência de enfermagem ao idoso com depressão, tendo-se como base o MAPI, em que o enfermeiro pode ter um melhor acesso às necessidades de saúde do idoso com depressão por ocasião do atendimento por ser considerado uma ferramenta que facilite o processo de trabalho do enfermeiro capaz de promover a melhoria da qualidade de vida do idoso com depressão.

Frente a tais considerações objetiva-se, neste capítulo, apresentar a aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) em idosos com depressão atendidos na Atenção Básica.

2. DEPRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas,

psicológicas e sociais que acometem de forma particular, cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (SANTOS *et al.*, 2010).

De modo geral, o envelhecimento tem implicações econômicas, culturais e sociais nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Observa-se as projeções em relação ao envelhecimento da população brasileira, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, estando paralela à população infantil de 0 a 14 anos de idade (IBGE, 2011).

Do ponto de vista psicológico, a pessoa idosa é imposta uma profunda transformação social ao se aposentar em que há mudanças em seu status nos seus grupos sociais, configurando-se um aspecto de suma importância a ser considerada na redução das capacidades adaptativas, representando a depressão uma doença importante nesta fase da vida.

Para Boechat (2014), em idosos, a expectativa de doença mental eleva-se de 34 % aos 61 anos para 67 % aos 81, configurando-se um dos fatores preocupantes quanto à

repercussão no âmbito da saúde pública e nesta, destaca-se a depressão com suas nuances e de difícil diagnóstico, muitas vezes da parte do idoso que não admite ter depressão por conta do estigma. Essa depressão é sempre expressa por várias queixas somáticas, inespecíficas, em que mostram mais, frequentemente, comorbidades, além da deterioração física e mental capaz de mascarar a queixa de sintomas depressivos.

Para o referido autor, várias situações constituem fatores de risco para o desenvolvimento da depressão na pessoa idosa. Entre estas citam-se a prevalência das comorbidades, em especial, as patologias relacionadas com a disfunção cognitiva, doenças cardiovasculares e endocrinopatias, diminuição da capacidade funcional e dos fatores sociais advindos do isolamento e da viuvez. Chama atenção no que se refere ao uso de inúmeros medicamentos capazes de precipitar a depressão, nessa fase, como os anti-inflamatórios, como: indometacina e fenilbutazona; os antimicrobianos (sulfamidas); os cardiovasculares (digital, clonidina, metildopo, reserpina, propranolol, indapamida, procainomida) e os que atuam no sistema nervoso central (amantidina, L-dopa, benzodiazepínicos, haloperidol, fenotiazinas e álcool). Assim, a depressão pode se apresentar em diferentes quadros: depressão-somatização;

depressão-dor; depressão-ansiedade; depressão-distúrbio cognitivo pseudo demência; depressão atípica e depressão psicótica (BOECHAT, 2014).

A depressão é frequente no idoso e é apontada como um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes. A prevalência mundial varia de 0,9 % a 9,4 % em idosos vivendo na comunidade e de 14 % a 42 % em institucionalizados. Um estudo conduzido com a população idosa evidencia que a prevalência de sintomas depressivos varia entre 19 % e 34 % nas diferentes regiões do País (BORGES, *et al.*, 2013).

O indivíduo com depressão apresenta qualidade de vida prejudicada, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos. Também há correlação com tendências suicidas. Os idosos deprimidos mostram-se insatisfeitos, havendo interrupção em seus estilos de vida, redução de seu nível socioeconômico quando ficam impossibilitados de trabalhar. Além disso, há privação interpessoal particularmente naqueles que se isolam em decorrência da depressão e, naturalmente, naqueles que encurtam suas expectativas de vida, seja por suicídio ou por doenças somáticas relacionadas à depressão (ROCHA; SOUZA; CIOFFI, 2014).

A depressão foi estimada como a quarta causa específica, nos anos 90, de incapacitação através de uma escala global comparando várias doenças. A previsão para o ano 2020 é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Quando comparada às principais condições médicas crônicas, a depressão possui equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves, causando mais prejuízo no status de saúde do que angina, artrite, asma e diabetes (FLECK, *et al.*, 2009).

A depressão pode ser explicada, quimicamente, pela diminuição do número de neurotransmissores liberados, os quais são responsáveis pela produção de hormônios como a serotonina e a endorfina. Para minimizar os danos provocados, estudo afirma que a atividade física possui efeitos benéficos para a saúde devido à liberação desses hormônios, proporcionando sensação de bem-estar e prazer. (BORGES, *et al.*, 2013).

Para tanto, é importante adotar-se ao se abordar uma pessoa idosa uma concepção multidimensional na percepção subjetiva sobre o envelhecimento e sobre a sua saúde atentando para mudanças cognitivas que ocorrem nesta fase da vida subsidiadas em várias teorias explicativas dessas mudanças. Esse olhar amplo permite não se

procurar outras formas de tratamento para pessoa idosa. Assim, por conta de muitos sintomas serem atípicos, as condições que os idosos vivem podem permear muitas especialidades clínicas, desafiando a enfermagem a terem uma ampla base de conhecimento no campo da gerontologia. (ELIOPOULOS, 2015).

3. MODELO DE ANÁLISE DO PROCESSO INTERATIVO (MAPI): FERRAMENTA PARA SISTEMATIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

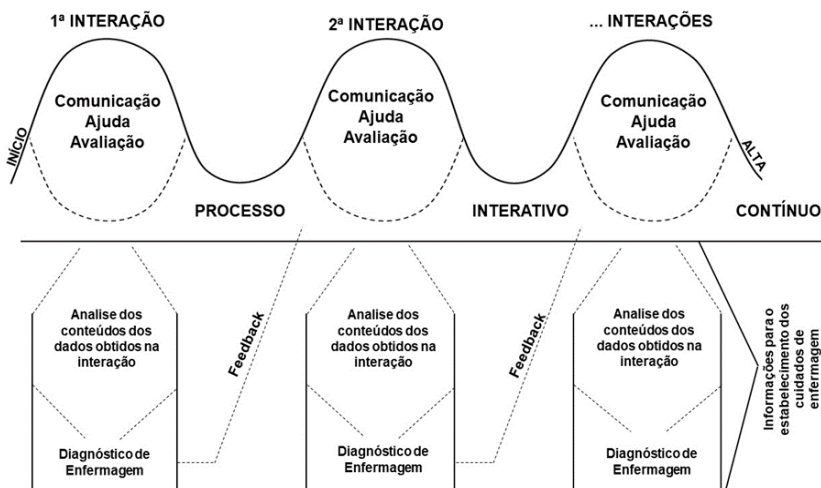
A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve permear a atuação do enfermeiro nos diversos campos de trabalho por meio da operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Um dos objetivos do PE é reduzir as complicações no tratamento e auxiliar na recuperação do paciente, de forma que atenda às necessidades específicas de cada caso (SILVA, *et al.*, 2011).

A Resolução do COFEN-358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O enfermeiro, ao implementar a SAE, deve ser capaz de planejar as ações da

equipe de enfermagem, valorizando suas intervenções e permitindo a integralidade em uma assistência humanizada, torna-se relevante por permitir um conhecimento singular justamente se tratando em saúde da pessoa idosa, bem como pela gravidade com que se apresenta o panorama mundial da depressão (SILVA, *et al.*, 2011).

O MAPI compreende um modelo proposto por Moreira, Rodrigues e Coler (1997) que prevê um processo de ajuda à pessoa que apresenta problemas, através de sucessivas interações terapêuticas. Trata-se de uma ferramenta que pode ser utilizada pelo enfermeiro para sistematizar a assistência de enfermagem em diferentes contextos de atuação profissional. Com base nesse modelo, a cada encontro é possível obter informações para o estabelecimento de cuidados de enfermagem, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 - MODELO DE ANÁLISE DO PROCESSO INTERATIVO (MAPI)



Fonte: MOREIRA; RODRIGUES; COLER, 1997.

Assim, o MAPI possibilita o levantamento de diagnósticos de enfermagem ou da situação apresentada pelo cliente que procura o serviço em que a partir do primeiro atendimento ou interação se possa identificar necessidades definidas por diagnósticos de enfermagem que delineiem a cada encontro, os planejamentos para os sucessivos encontros, viabilizando o manejo interativo do processo terapêutico. O Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) pode ser utilizado para sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando-se as

interações informais frente ao atendimento de idosos com depressão na prática profissional.

A utilização de técnicas de Relacionamento Terapêutico viabiliza a assistência ao usuário de saúde mental, visto que o Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) entre o enfermeiro e o paciente é um procedimento acadêmico/científico proposto por enfermeiras psiquiátricas, onde se assiste aquele que precisa de ajuda, usando como apoio a técnica de análise de conteúdo (MOREIRA; RODRIGUES; COLER, 1997). Portanto, por meio da utilização do MAPI, é possível analisar interações entre o enfermeiro e o paciente ou seus familiares. Mediante os conteúdos expressos, buscam-se os dados sobre suas necessidades e assim se estabelecem os diagnósticos de enfermagem. Esse processo direciona o enfermeiro em suas ações interativas, através de uma análise sistematizada da relação enfermeiro-paciente (FUREGATO; SILVA, 2006).

Nesse modelo, a postura técnica do enfermeiro é não-diretiva, compreensiva e reflexiva. As informações captadas nas interações vão para o domínio cognitivo do enfermeiro, que as utilizará no momento adequado, visando ajudar o outro no processo terapêutico com o intuito de sistematizar a conduta profissional do enfermeiro e do próprio paciente, além de estabelecer as possíveis ações de

enfermagem e avaliar a continuidade do processo. Esta análise vem completar aquela que o enfermeiro já efetua durante o encontro quando ouve, emite respostas, ajuda o paciente a elaborar o assunto e buscar soluções e, por vezes, dá orientações ou informações de acordo com a sequência estabelecida pelo paciente na comunicação (FUREGATO; SCATENA; TRENTO, 1999).

Com base nesse modelo, avaliam-se as características e necessidades do paciente na 1ª interação, planejam-se ações de enfermagem para próximas interações. No caso do idoso com depressão é importante planejar ações multiprofissionais e ter conhecimento da rede de suporte social e de saúde. Realiza-se um diagnóstico psicossocial e avaliação do procedimento realizado.

Para fundamentar a classificação dos diagnósticos de enfermagem identificados, neste estudo, utilizou-se o modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta (HORTA, 2011). Esse modelo foi desenvolvido com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas. Horta apresenta, em seu modelo, a classificação das necessidades psicobiológicas (Oxigenação, Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Exercício e Atividade Física, Sexualidade e Reprodução, Segurança física e do

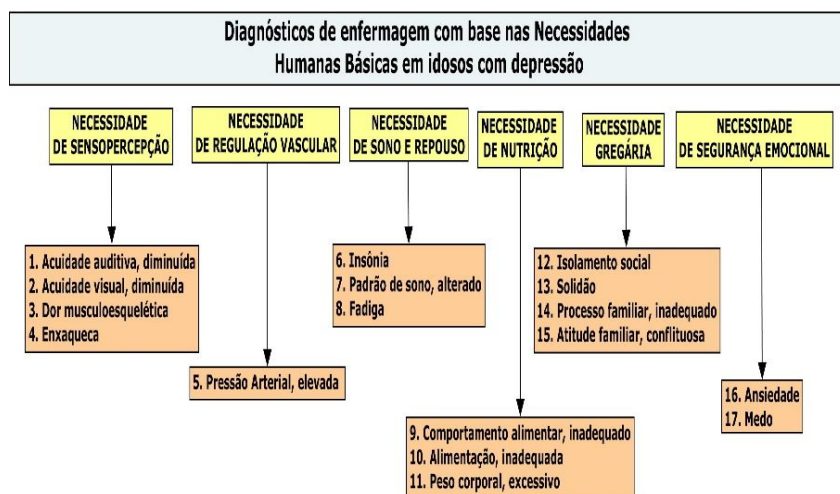
meio ambiente, Cuidado Corporal e Ambiental, Integridade Física, Regulação: Crescimento celular e desenvolvimento Funcional, Regulação Vascular, Regulação Térmica, Regulação Neurológica, Regulação Hormonal, Sensopercepção, Terapêutica e de Prevenção); necessidades psicossociais (Comunicação, Gregária, Recreação e Lazer, Segurança e Emocional, Amor, Aceitação, Autoestima, Autoconfiança, Autor respeito, Liberdade e Participação, Educação para a Saúde e Aprendizagem, Autorrealização, Espaço, Criatividade e Garantia de Acesso à Tecnologia) e necessidade psicoespirituais (Religiosidade e Espiritualidade). Para identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2015 (GARCIA, 2016).

4. PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE DO PROCESSO INTERATIVO (MAPI) EM IDOSOS COM DEPRESSÃO ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Para apresentar a aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI), organizaram-se três momentos de interação com 10 idosos com depressão atendidos na

atenção básica. No primeiro momento de interação, identificaram-se diagnósticos de enfermagem classificados conforme suas necessidades de saúde, conforme mostra a Figura 2.

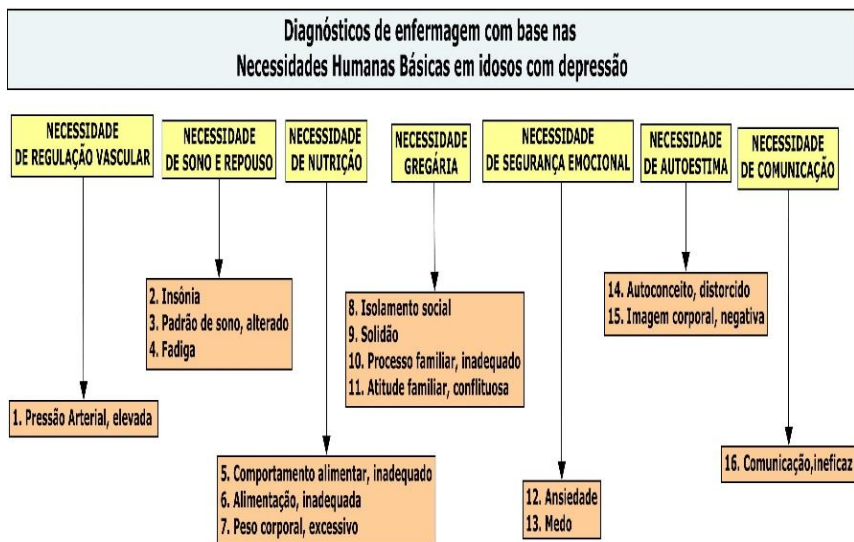
Figura 2 - 1º Momento de aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) com a identificação de diagnósticos de enfermagem conforme Necessidades Humanas identificados no atendimento ao idoso com depressão.



Fonte: Os autores.

No segundo momento de interação, identificaram-se diagnósticos de enfermagem classificados conforme suas necessidades de saúde, conforme mostra a Figura 3.

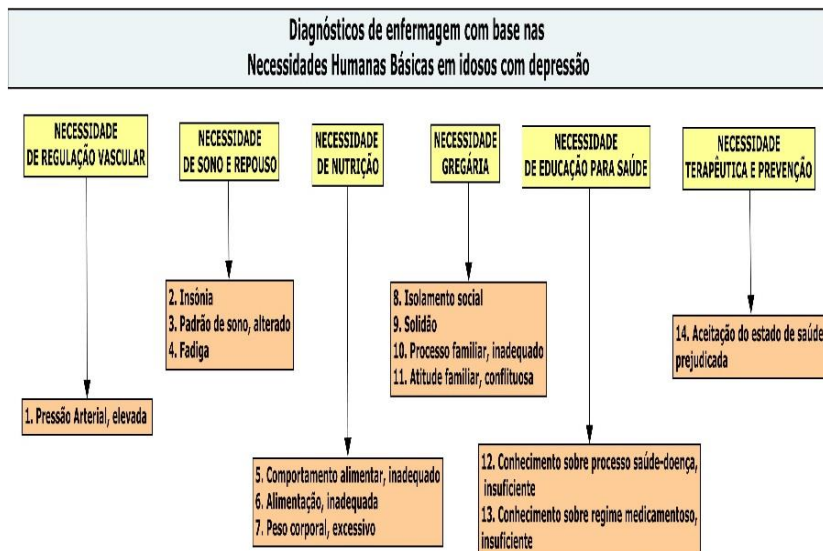
Figura 3 - 2º Momento de aplicação do Modelo de Análise do Processo Iterativo (MAPI) com a classificação de diagnósticos de enfermagem conforme Necessidades Humanas identificados no atendimento ao idoso com depressão.



Fonte: Os autores.

No terceiro momento de interação, identificaram-se diagnósticos de enfermagem classificados conforme suas necessidades de saúde, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 - 3º Momento de aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) com a classificação de diagnósticos de enfermagem conforme Necessidades Humanas identificados no atendimento ao idoso com depressão.



Fonte: Os autores.

Para os diagnósticos de enfermagem identificados nos três momentos de interação no atendimento aos idosos com depressão, planejaram-se as seguintes intervenções de enfermagem, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem conforme Necessidades Humanas Básicas no atendimento ao idoso com depressão na atenção básica.

	Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Necessidades psicobiológicas	Acuidade auditiva, diminuída	Analisar resultados da avaliação de acuidade auditiva; Observar relatos de dor; Orientar quanto higiene auricular
	Acuidade visual, diminuída	Avaliar acuidade visual; Orientar posicionamento de objetos na residência; Orientar o idoso e a família sobre o risco de quedas;
	Dor musculoesquelética	Orientar elevação de membros; Encorajar repouso; Verificar intensidade da dor;
	Enxaqueca	Avaliar controle da dor; Investigar fatores que aumentam a dor; Orientar sobre a dor, suas causas e tempo de duração;
	Pressão Arterial, elevada	Verificar pressão arterial; Registrar a pressão arterial; Orientar quanto ao tratamento;
	Insônia Padrão de sono, alterado	Atentar para alteração de humor ou comportamento Observar quantidade de

		horas dormidas Atentar para reações adversas à medicação
	Fadiga	Observar quantidade de horas dormidas Orientar quanto aos momentos de repouso;
	Comportamento alimentar, inadequado	Monitorar peso corporal; Orientar a alimentação saudável;
	Alimentação, inadequada	Encorajar a prática de atividade física;
	Peso corporal, excessivo	Avaliar aceitação da dieta;
Necessidades psicossociais	Isolamento social	Promover a interação social; Encorajar a participação familiar em atividades de lazer;
	Solidão	
	Processo familiar, inadequado	
	Atitude familiar, conflituosa	Encorajar familiares a participarem dos cuidados ao idoso;
	Ansiedade	Escutar ativamente Esclarecer dúvidas sobre o tratamento Identificar o foco da ansiedade Estabelecer contato verbal terapêutico Encorajar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos.
	Medo	
	Autoconceito, distorcido	Ajudar a reconhecer os atributos pessoais positivos; Encorajar a higiene e arrumação pessoal; Orientar a prática de
	Imagem corporal, negativa	

		atividade física; Reforçar o autocuidado; Incentivar a participação em grupos de apoio;
	Comunicação, ineficaz	Acolher, ouvir e dar oportunidade para que o idoso fale o que está sentindo; Encorajar a comunicação verbal; Encorajar interação social de forma gradativa; Proporcionar métodos alternativos de comunicação;
	Conhecimento sobre processo saúde-doença, insuficiente	Desenvolver atividades de educação para a saúde; Encorajar a participação comunitária nas atividades de educação em saúde; Encorajar a participação em grupos da terceira idade; Informar os sinais e sintomas da depressão; Orientar os efeitos e ações da medicação; Orientar quanto ao plano terapêutico; Esclarecer dúvidas quanto ao processo terapêutico e medicamentoso;
	Conhecimento sobre regime medicamentoso, insuficiente	
	Aceitação do estado de saúde, prejudicada	

Fonte: Os autores.

5. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

No primeiro momento de interação, observaram-se que as necessidades humanas levantadas permeiam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Ao realizar o atendimento em saúde na pessoa idosa devem ser considerados os aspectos naturais do processo de envelhecimento, tendo em vista as alterações do organismo, sendo elas, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, características a resultarem na redução da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, bem como suas condições psicológicas, sociais e espirituais que interferem no estado de saúde geral do idoso.

Dentre as necessidades humanas que concernem aos aspectos psicobiológicos identificados dos idosos, surgiram itens relacionados a hidratação, nutrição, eliminação, sono, repouso, exercício, atividade física, sexualidade, segurança física, cuidado corporal, ambiental e integridade física.

Uma das principais queixas foi o excesso de peso, falta de atividade física e sedentarismo. Este fato é preocupante, pois a atividade física apresenta benefícios significantes no tratamento da depressão, bem como na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento,

controlando o agravamento de doenças como hipertensão e diabetes mellitus que são as mais comuns encontradas na população idosa (FERREIRA, *et al.*, 2017).

No contexto das necessidades humanas psicossociais, observa-se grande dificuldade na socialização dos idosos, pois devido aos sintomas da depressão muitos se isolam e as famílias, por falta de conhecimento, deixam de prestar o apoio e cuidados necessários ao idoso. Diante disso, alguns idosos têm o diagnóstico dificultado e demorado, pois sabe-se que durante o processo de envelhecimento alguns idosos tentam a se isolar, a ter menos amigos e menos momentos de lazer e recreação, levando ao agravamento da doença.

Assim, no que concerne às necessidades humanas psicoespirituais, destaca-se que alguns idosos referiram sobre a religião ou alguém ligado a religião, a igreja tem papel importante na sociedade, pois muitas pessoas buscam apoio emocional na religião e esperam receber um suporte em todas as áreas da vida.

Um estudo com 47 pessoas idosas analisou a relação entre os aspetos da espiritualidade com a qualidade de vida em idosos institucionalizados, apresentou que relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade, sendo estatisticamente significativa entre a dimensão social da

qualidade de vida dos idosos. A espiritualidade tem um importante impacto nos aspectos sociais e de saúde da pessoa com depressão, demonstrando que quanto maior o bem-estar religioso, maior a qualidade geral de vida e os domínios, psicológico e ambiente da qualidade de vida.

O processo interativo com os idosos foi finalizado com a implementação das intervenções de enfermagem, em seguida após um mês, no segundo momento de interação, realizou-se uma nova avaliação da assistência de enfermagem, deste modo considerando todas as etapas de coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento e implementação, ficando a etapa de avaliação da assistência para o momento de interação seguinte, destacando-se a continuação de alguns diagnósticos de enfermagem, assim como o levantamento de novos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Observa-se que alguns diagnósticos de enfermagem evidenciados na primeira interação continuam demonstrando indicadores relevantes e necessitando de continuação no acompanhamento, como os níveis de hipertensão e diabetes, insônia e falta de atividade física. Bem como, destaca-se a falta de conhecimento sobre a depressão, principalmente no que concerne aos sinais e sintomas.

Deste modo, um dos fatores de risco associados à depressão em idosos está a falta de reconhecimento dos sintomas por parte da família e dos profissionais de saúde, ambos possuem papel fundamental nas questões psicológicas, de saúde, e na participação da pessoa idosa no contexto social, assim a negligência de sintomas da depressão pode ser desfavorável e danosa para vida do idoso (ALMEIDA, *et al.*, 2015).

O estigma da doença é muito evidente nas falas dos idosos, relatam sentir vergonha de falar sobre a doença com outras pessoas e com os familiares, informam não gostar do convívio com outras pessoas, por terem passado por experiências negativas acerca da doença, pois segundo eles são apontados como preguiçosos e mentirosos.

O processo de envelhecimento apresenta um declínio da saúde e produtividade, diante disso a sociedade demonstra um posicionamento negativo frente a esses aspectos da velhice, retratam este declínio como incapacidade, inutilidade e improdutividade. A falta de compreensão sobre a depressão pode trazer sentimento de culpa e incapacidade por parte do idoso, pois associada a imagem social do idoso, a depressão, muitas vezes, é referida como uma escolha pessoal ou preguiça, esses fatores podem levar o indivíduo a um agravamento.

Os idosos tentem a demonstrar autoestima baixa e autoimagem distorcida devido às características adquiridas no processo de envelhecimento, como a falta de memória e dificuldade em executar algumas atividades no dia-a-dia. Esses fatores podem se agravar com a depressão, pois a própria doença remete sintomas com problemas associados a imagem do indivíduo, com isso estes podem se isolar prejudicando a socialização, trazendo além de problemas de saúde, os de aspectos psicossociais.

No terceiro momento de interação com os idosos, observou-se que ocorreu melhora na maioria dos indicadores relatados desde o início das interações, principalmente nos padrões de sono e repouso, na alimentação e ingestão de líquidos, na adesão as atividades físicas. Entretanto, destaca-se uma grande dificuldade na adesão ao regime medicamentoso e continuidade nas atividades terapêuticas.

No que concerne à dificuldade na adesão ao regime medicamentoso, destaca-se a complexidade da terapêutica, na qual utiliza-se mais de um medicamento nas comorbidades psiquiátricas, além dos efeitos adversos dessas medicações, na fala dos idosos, a maioria questionou o tempo que precisaria fazer uso dos fármacos prescritos, bem como muitos relataram esquecer de tomar

as medicações, perder os horários, confundir as medicações, outros informaram não sentir melhora com o tratamento. Deste modo, os sintomas da depressão não contribuem para a adesão a terapêutica, pois muitos sentem falta de energia, desesperança, entre outros sintomas que comprometem todo o tratamento.

Diante de toda essa dificuldade vivenciada pela pessoa com depressão, faz-se necessário um grande suporte, principalmente da família e dos profissionais que estão envolvidos nesse processo, sendo imprescindível a dedicação e apoio, tanto na identificação dos sintomas, na prevenção das crises, como na supervisão a autoadministração dos medicamentos, acompanhar e participar das atividades terapêuticas, motivar e encorajar a adesão a todo tratamento.

O atendimento à pessoa idosa na Atenção Básica, tem como subsídio um conjunto de políticas públicas que contribuem para uma assistência integral ao idoso, sendo assim os aspectos socioculturais contribuem para os cuidados em saúde, pois deixa-se de avaliar apenas o processo de adoecimento e passasse a considerar vertentes inerentes à todas dimensões do indivíduo.

Sendo assim, este estudo contribui para subsidiar a assistência de enfermagem de modo integral ao idoso com

depressão atendido na atenção básica por meio da aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo que é ferramenta que possibilita a sistematização da assistência de enfermagem com base num processo de sucessivas interações terapêuticas entre enfermeiro e paciente, possibilitando obter informações para o estabelecimento de cuidados de enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) em idosos com depressão atendidos na atenção básica, subsidiados no modelo teórico de Wanda Horta, demonstrou interpretações de dados obtidos e o julgamento clínico das suas respostas verbais e comportamentais. Com base nesse modelo, foi possível planejar a assistência de enfermagem ao idoso com depressão, de modo que foi facilitado a identificação das necessidades humanas dos idosos, visto que na estratégia de saúde da família algumas vezes não é possível prestar um atendimento completo e resolutivo, devido a demanda de atividades e o grande número de atendimentos em curto prazo.

Nesse contexto, o MAPI demonstrou ser uma importante ferramenta no processo de trabalho do

enfermeiro na atenção básica, possibilitando um atendimento sistemático, objetivo e com melhor aproveitamento da consulta de enfermagem. Com o intuito de aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem à população idosa com depressão, o modelo permite identificar as necessidades do usuário, levantar os diagnósticos e intervenções, chegando mais facilmente aos resultados esperados, pois a identificação da doença por si só necessita de habilidade e conhecimentos específicos por parte do profissional de saúde, assim como na construção do plano terapêutico, este profissional precisa estar atento às dificuldades, no momento da consulta, e aos indicadores que precisam de intervenção sempre a cada novo momento interativo.

Assim sendo, a implantação do Modelo de Análise do Processo Interativo na Atenção Básica para idosos com depressão pode contribuir com uma assistência mais efetiva na promoção da prática profissional de enfermagem, que possa colocar em prática a Sistematização da Assistência de Enfermagem no nível de atenção primária à saúde, melhorando a qualidade de vida do idoso com depressão.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, SONIA *et al.*, Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revenferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2015.

ALMEIDA, MARIA APARECIDA SOUZA OLIVEIRA *et al.*, Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 627, 2015.

ALMEIDA, MARIA APARECIDA SOUZA OLIVEIRA *et al.*, Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 627, 2015.

BAUER M., *et al.*, Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1 parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Ver Psiqu Clin.** v. 36 n.2. p. 17-57. 2009.

BOECHAT, NORBERTO, Depressão no idoso. Aspectos Clínicos. In: Monteiro, Dulcinéia da Mata Ribeiro. **Depressão e Envelhecimento**: saídas criativas. Revinter. Rio de Janeiro. 2.Ed. 2014.

BORGES, L.J., BENEDETTI, T.R.B., XAVIER, A.J., D'ORSI, E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 47. n. 4. p. 701-710. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras [legislação na internet]. Rio de Janeiro; 2009. [acesso 07 Abr 17]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html

ELIOPOULOS, CHARLOTTE. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 2015.

FERREIRA, P.C.S., TAVARES, D.M.S., Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Ver Esc Enferm USP**. v. 47 n. 2. p. 401-7. 2017.

FLECK, MARCELO P. *et al.*, Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. supl1, p. S7-S17, 2009.

FUREGATO, ANTONIA REGINA F.; SCATENA, MARIA CECÍLIA MORAIS; TRENTO, FERNANDA CRISTINA. Ajuda terapêutica do enfermeiro à pessoa deprimida com aplicação do MAPI. **Nursing** (São Paulo), v. 2, n. 17, p. 18-21, 1999.

FUREGATO, ANTONIA REGINA FERREIRA. SILVA, EDILAINE CRISTINA. A Doença Mental Vivida Por Um Paciente Psiquiátrico: suas percepções. **Esc Anna Nery R Enferm**. V. 10, n. 4, p. 652 – 9, 2006.

GARCIA, Telma Ribeiro (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2015**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HORTA WA. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Panorama Cidades. [Internet]. Brasil. 2011. [Acesso 15 04 2016]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>

LEÃO, RITA DE CÁSSIA HOFFMANN; SILVA, VANESSA DE LIMA; MOREIRA, RAFAEL DA SILVEIRA. Latent Class Analysis: a new vision of the phenomenon of depression in elderly men in the Brazilian Northeast. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 814-825, 2017.

MOREIRA ASP, RODRIGUES ARF, COLER MS. A model for analysis of the nurse: patient interactive process. **J Psychiat Mental Health Nurs** 1997; 4(4): 303-07.

OLIVEIRA, M.F., BEZERRA, V.P., SILVA, A.O. *et al.*, Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17 n8, p. 2191-2198, 2012.

ROCHA, LORENA PRISCILA OLIVEIRA; DE SOUZA CIOFFI, ANDREIA CORREIA. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO ENTRE IDOSOS. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 12, 2014.

SANTOS, A.T., LEYENDECKER, D.D., COSTA, A.L.S. *et al.*, Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. **Ver Esc Enferm USP**. v. 46 (Esp). p. 24-9. 2012.

SILVA, ELISAMA G. C *et al.*, O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria a prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 45(6): 1380-6, 2011.

SIQUEIRA, G.R., VASCONCELOS, D.T., DUARTE, G.C. *et al.*, Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14 n. 1. p. 253-9. 2009.

SOARES, MIRELLE INÁCIO *et al.*, Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

PARTE II
DIMENSÕES DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

CAPÍTULO 11

GESTÃO DA MEDICAÇÃO EM IDOSOS – Perspetivas de avaliação e intervenção

**Ana Margarida Molhinho Advinha
Manuel José Lopes
Maria Sofia Oliveira-Martins**

1. INTRODUÇÃO

As altas taxas de incapacidade reveladas pelo avançar da idade, quer a nível físico, quer a nível cognitivo, refletem-se também em risco acrescido para a saúde (Moraes, 2012). De acordo com dados da OMS (2004), aproximadamente 46 % dos indivíduos com 60 ou mais anos apresentavam algum tipo de incapacidade, relacionados sobretudo com problemas de visão, demência, perda de audição e osteoartrite (World Health Organization, 2008). Nos países mais desenvolvidos, estima-se que a demência represente a principal causa de anos perdidos devido a incapacidade (World Health Organization, 2012).

Associadas às alterações orgânicas decorrentes do processo natural de senescência e aos níveis de incapacidade decorrentes do avançar da idade, surgem muitas vezes doenças crónicas, que se caracterizam por um processo lento e prolongado. Entre as mais prevalentes

nesta faixa etária, encontram-se as cardiovasculares, as neurodegenerativas, as osteoarticulares, as neoplasias e as metabólicas, sobretudo representadas pela diabetes (Ewing, 2002; Hajjar, Cafiero, & Hanlon, 2007; World Health Organization, 2005). É nesta sequência, que os idosos surgem como o grupo etário que apresenta um maior consumo de medicamentos, distribuído tanto pela prescrição recebida do médico, como pela automedicação.

A toma ou autoadministração quotidiana de medicamentos constitui um processo de rotina, ou seja, baseado num método sistemático que tende a automatizar-se à medida que o tempo passa. Embora a toma de medicamentos para tratamento das doenças crónicas se revista de inúmeras vantagens para a saúde do idoso, traz também consigo, um conjunto de riscos associados, dos quais são exemplo, os problemas adstritos às alterações fisiológicas e consequentemente à resposta orgânica à terapêutica, seja a nível farmacocinético ou farmacodinâmico (Ewing, 2002).

Neste sentido, importa aqui inserir o conceito de polimedicação, que embora não seja quantitativamente consensual entre os diversos autores, surge normalmente definida como o consumo diário de cinco ou mais medicamentos. Constituindo a polimedicação, um fenómeno

comum e transversal a praticamente todos os idosos, considera-se que a sua caracterização em termos de necessidade, deverá ser efetuada tendo em conta as circunstâncias de cada doente. Não obstante o facto, de em muitos casos ter uma conotação negativa e de falta de segurança, deve observar-se que noutro sentido, poderá ser imperativa para assegurar o bom controlo terapêutico (Ewing, 2002; Hajjar *et al.*, 2007).

Assim, a caracterização do regime farmacoterapêutico da pessoa idosa, não deverá depender de uma mera quantificação de medicamentos, pelo que deverão ser tidos em atenção os diversos problemas que daí podem resultar, como por exemplo, a duplicação de medicamentos, a toma de medicamentos potencialmente inapropriados, a complexidade do regime posológico, problemas de adesão à medicação e a incapacidade para gerir corretamente os seus medicamentos (Beers, 1997; Beers *et al.*, 1991; Corsonello *et al.*, 2009; George, Phun, Bailey, Kong, & Stewart, 2004; Gray, Mahoney, & Blough, 2001; MacLaughlin *et al.*, 2005; Muir, Sanders, Wilkinson, & Schmader, 2001).

É neste último ponto que se foca a essência do trabalho cujos resultados são aqui apresentados, uma vez que a toma crónica de medicamentos pode ser afetada

pelos mais diversos tipos de erros sistemáticos, associados não só à falta de conhecimento e iliteracia dos doentes, mas também à sua falta de capacidade funcional (física e cognitiva) para gerir a medicação (Hajjar *et al.*, 2007; Hutchison, Jones, West, & Wei, 2006). A diminuição das competências cognitivas, acuidade visual e/ou destreza manual, repercutem-se significativamente na não adesão e/ou em problemas de saúde decorrentes da ausência ou incorreta administração de medicamentos (Beckman, Bernsten, Parker, Thorslund, & Fastbom, 2005; Tordoff, Simonsen, Thomson, & Norris, 2010; Windham *et al.*, 2005).

Maddigan *et al.*, (2003), definiram a capacidade funcional para gerir a medicação como a capacidade cognitiva e física para autoadministrar/tomar a medicação, de acordo com a prescrição recebida (Maddigan, Farris, Keating, Wiens, & Johnson, 2003). Observe-se que o processo de gestão da medicação envolve várias fases e embora as barreiras funcionais envolvidas não sejam facilmente modificáveis, existem estratégias facilitadoras (Botelho, 2000; Buyck *et al.*, 2005; Tordoff *et al.*, 2010).

Isto significa, que o aumento da incapacidade dos idosos para gerir a sua medicação, não implica que o desempenho não possa ser melhorado ou potenciado, sobretudo com a intervenção de um profissional de saúde ou

cuidador, ou com a introdução de dispositivos específicos de apoio à tarefa. Nesta perspectiva, a capacidade funcional do idoso para gerir os seus medicamentos, pode ser interpretada através da teoria do deficit de autocuidado proposta por Dorothea Orem, uma vez que a gestão da medicação é uma atividade que os indivíduos realizam em benefício próprio, de forma a manter a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida (Maddigan *et al.*, 2003; Renpenning & Taylor, 2003).

Perante a atual e cada vez mais preconizada abordagem do indivíduo como um todo, a avaliação multidimensional dos idosos assume cada vez maior relevância. Esta avaliação tem em conta, não só a funcionalidade global, mas também a avaliação dos principais sistemas fisiológicos, história clínica, contexto socioeconómico e contexto ambiental, por exemplo (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006; Hutchison, 2010).

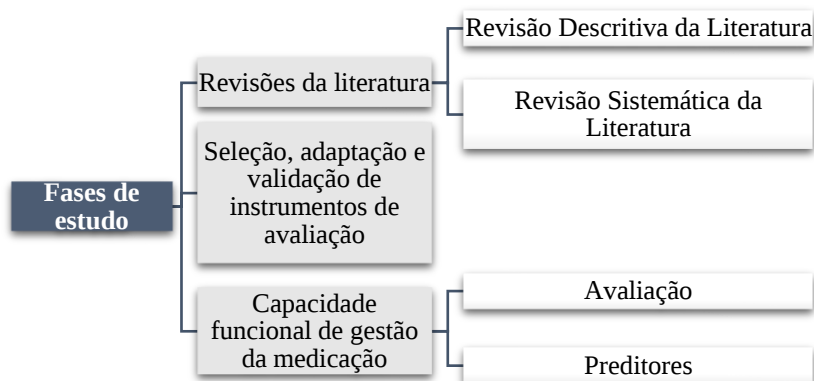
Contudo, apesar da avaliação do uso dos medicamentos já ser contemplada em algumas das escalas de avaliação multidimensional, a sua abordagem é diminuta e em algumas delas é até inexistente. No sentido de impulsionar este fator, diversos estudos têm revelado a grande importância da avaliação da capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação, sobretudo por esta

poder representar um forte indicador de perda de independência e de necessidade de intervenção junto desses indivíduos, devendo ser avaliada com o apoio de instrumentos especificamente construídos e validados para o efeito, sobretudo no que se refere a idosos residentes na comunidade e responsáveis pela toma da sua própria medicação (Buyck *et al.*, 2005; Hutchison *et al.*, 2006; Tordoff *et al.*, 2010).

Foi com essa preocupação, que a equipa de investigação começou a questionar-se acerca do tópico, propondo-se a encontrar respostas e a conhecer, efetivamente, qual a capacidade funcional da população idosa, neste caso, especificamente a Portuguesa, para gerir a sua medicação. Para tal, iniciou-se uma pesquisa sistemática do tema, com vista à caracterização da situação, bem como à identificação de instrumentos de medida específicos já construídos para medir este fenómeno.

O objetivo principal foi avaliar a capacidade funcional dos idosos residentes na comunidade para gerir a sua medicação, com recurso a instrumentos específicos, adaptados e validados para Portugal. E para o atingir, seguiu-se um plano de trabalho bem definido, dividido em três fases metodológicas complementares (Figura 1).

Figura 1. Plano de trabalho dividido pelas três fases principais de desenvolvimento do estudo.



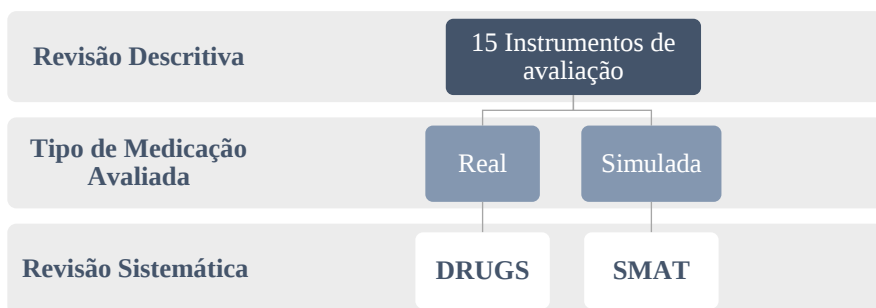
Fonte: Os autores.

Efetuuou-se uma revisão descritiva da literatura publicada a nível internacional, de forma a identificar e caracterizar os instrumentos disponíveis para avaliar a capacidade funcional para gerir a medicação, tendo-se obtido um total de quinze¹ (Figura 2), os quais foram rastreados através de uma revisão sistemática, a qual

¹SMAT (Self-medication assessment tool); MedMaIDE (Medication management instrument deficiencies in the elderly); HMS (Hopkins medication schedule); MAT (Medication administration test); MMPT (Medication management performance tests); MMT-R (Albert's medication management test-revised); MMAA (Medication management ability assessment); MedTake Test (Individualized drug use assessment in the elderly); DRUGS (Drug regimen unassisted grading scale); MMT (Albert's medication management test); MM Test (Gurland's medication management test); SM Task (Standardized medication task); PA (Pharmacy assessment); MMEI (Medication management evaluation instrument); MAI (Medication assessment instrument).

permitiu observar quais os que apresentavam maior número de utilizações em estudos posteriores, concretamente o *Drug Regimen Unassisted Grading Scale* (DRUGS) (Edelberg, Shallenberger, & Wei, 1999) e o *Medication Management Ability Assessment*(MMAA) (Patterson *et al.*, 2002). Sendo que o mais atual, era o *Self-medication Assessment Tool* (SMAT) (Irvine-Meek & Gould, 2011; Irvine-Meek, Gould, Wheaton, & Todd, 2010). Para prosseguimento selecionaram-se o DRUGS e o SMAT, pelas características apresentadas quer na avaliação da capacidade para gerir a própria medicação (DRUGS e SMAT), quer na avaliação da capacidade para gerir uma medicação simulada e padronizada (SMAT). Foram solicitadas e obtidas dos autores originais, as respetivas autorizações para adaptação e validação.

Figura 2. Seleção dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional para gerir a medicação.



Fonte: Os autores.

A adaptação linguística e cultural, seguida da validação dos instrumentos na população idosa portuguesa efetuou-se em dois ciclos cegos de tradução e retroversão, análise de peritos externos amplamente habituados a trabalhar com idosos e por fim, o pré-teste e ensaio piloto para avaliação das características psicométricas das versões preliminares Portuguesas. A validação foi realizada em duas amostras independentes e obtidas de forma não probabilística, por conveniência, entre os idosos residentes na comunidade, na região do Alentejo.

O número de indivíduos a integrar o ensaio piloto, foi calculado a partir do número de itens de cada instrumento a validar. No caso do DRUGS-PT² foram entrevistados 50 idosos, em centros de dia/convívio, enquanto para o SMAT-PT³, a amostra foi de 150 idosos, entrevistados em farmácias comunitárias. Qualquer um dos instrumentos evidenciou propriedades psicométricas aceitáveis, as quais suportaram a sua aplicabilidade em contexto clínico e de investigação. No final deste estudo obtiveram-se as versões Portuguesas finais de ambos os instrumentos, publicadas em revistas internacionais da especialidade⁴.

² Denominação da versão Portuguesa do DRUGS.

³ Denominação da versão Portuguesa do SMAT.

⁴DRUGS-PT (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.04.002>) e SMAT-PT (DOI: <https://doi.org/10.5750/ejpch.v6i4.1568>)

A avaliação da capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação e o estudo dos preditores foi efetuado mediante um estudo transversal, numa amostra de 207 idosos, os quais foram avaliados com recurso aos instrumentos anteriormente validados – DRUGS-PT (n=52) e SMAT-PT (n=155), respetivamente em centros de dia/convívio e farmácias comunitárias. Verificou-se que a capacidade funcional dos idosos para gerir a medicação se encontra amplamente associada à capacidade cognitiva. Tendo este facto sido confirmado, não só pelas análises individuais, mas também pelo modelo de regressão logística construído para a análise dos preditores, dos quais, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o Teste do Relógio constituíram parte relevante (área ROC ≈90%).

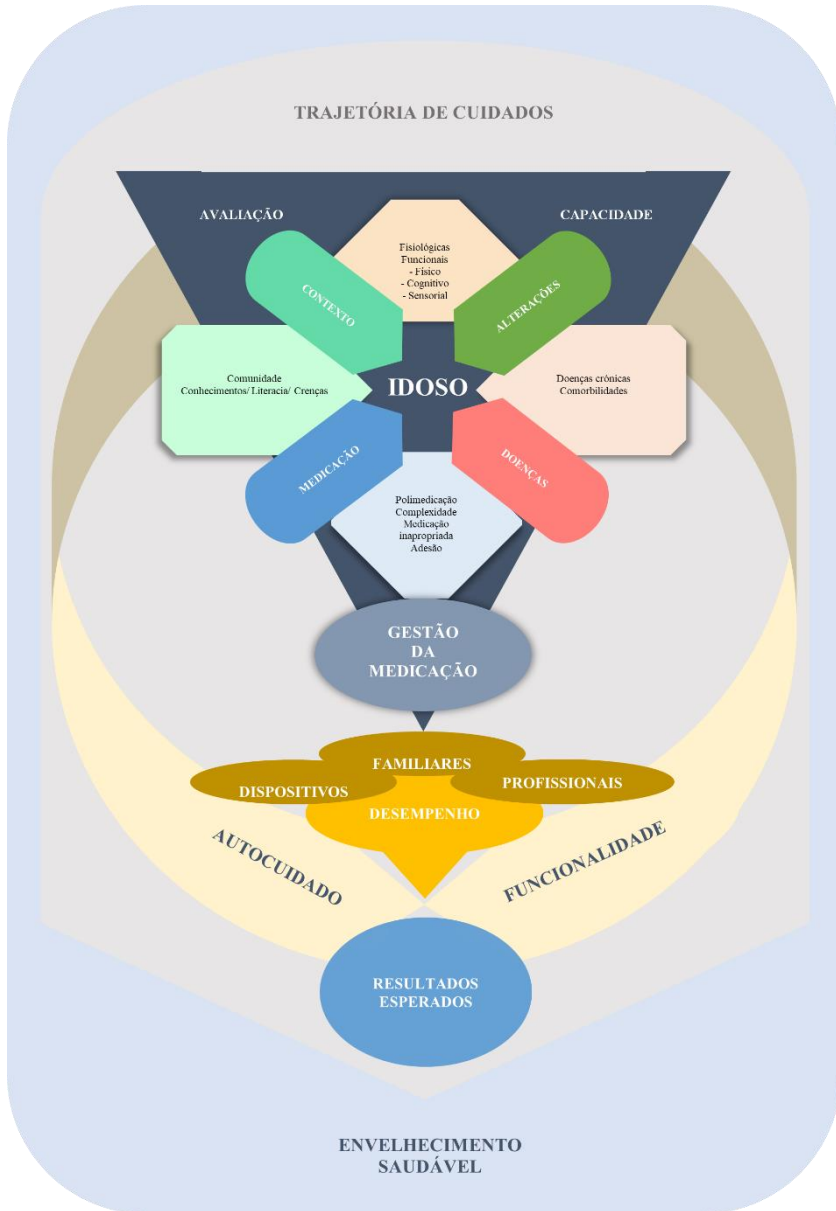
Estes resultados foram, de uma forma expressiva, ao encontro dos fundamentos do modelo conceptual (Figura 3) que serviu de base à investigação desenvolvida, a qual seguiu um raciocínio dedutivo com início no idoso enquanto objeto de estudo, até à incorporação da gestão da medicação na problemática integrada do seu tratamento, como um todo multidisciplinar.

As abordagens interdisciplinares assumem grande relevância no processo de envelhecimento e constituem um meio fundamental na busca de soluções e respostas

integradas às necessidades de uma população cada vez mais velha. Desta forma, não pode marginalizar-se o idoso e o próprio envelhecimento, enquanto elementos de estudo de um conjunto de áreas científicas cada vez mais amplo e que convergem para o mesmo objetivo (Achenbaum, 1995; Alkema & Alley, 2006; Fernández-Ballesteros, 2000), encarando o sujeito como um Ser bio-psico-social-espiritual (Martin & Gillen, 2014) e funcional (Fernández-Ballesteros, 2000), uma vez que todos estes fatores são fundamentais na abordagem global que permite promover o envelhecimento saudável (e ativo), assegurando a qualidade de vida tanto tempo quanto possível (World Health Organization, 2002).

A condição de saúde (doença ou distúrbio) deve ser analisada na sua interação com os fatores ambientais e pessoais, bem como com as funções e estruturas do corpo, as atividades e a participação, o que significa que a incapacidade/capacidade deve ser avaliada, quer no que respeita ao desenvolvimento de atividades individuais, quer à participação em atividades coletivas (Kostanjsek, 2011; World Health Organization & Direção-Geral da Saúde, 2004).

Figura 03. Modelo conceptual.



Sabe-se que os cuidados a idosos com problemas crónicos, são caracterizados por um processo complexo e específico, que envolve diversos intervenientes, desde os doentes e seus familiares, até aos profissionais de saúde, e que implica uma organização e decisões mútuas, durante todo o processo. Esta abordagem, derivada do conceito de gestão da doença crónica, encontra-se descrita como trajetória de cuidados (ou trajetória integrada de cuidados) (Nolte & Knai, 2014).

O plano deve englobar os sujeitos já referidos, bem como ser delineado de acordo com o curso clínico expectável, sobretudo por parte do doente. Quer isto dizer que a trajetória seguida, para determinado doente, com determinadas características, em determinado período de tempo, deverá constituir o resultado de ações e decisões integradas por parte dos principais intervenientes, de acordo com o que esse doente espera para o seu percurso de cuidados (Schrijvers, Van Hoorn, & Huiskes, 2012; Vanhaecht, De Witte, & Sermeus, 2007).

Esta abordagem integrada e personalizada, tem como objetivo dar resposta à pessoa e ao modo como esta vive o seu processo de saúde–doença (República Portuguesa: Trabalho Solidariedade e Segurança Social &

Saúde, 2016; Schrijvers *et al.*, 2012; Vanhaecht *et al.*, 2007), devendo conciliar também todos os aspetos que dizem respeito à medicação instituída, nomeadamente a identificação dos problemas, crenças/sentimentos e dificuldades, sejam ou não expressos, face à toma dos medicamentos. Embora muito já se tenha estudado acerca dos fenómenos relacionados com os medicamentos, a gestão da medicação constitui ainda uma problemática pouco explorada, conhecendo-se alguns dos seus determinantes, mas sem perceber de que forma podem ou não prever a capacidade dos idosos para gerir a medicação nas suas próprias casas.

Como foi já descrito, a toma crónica de medicamentos caracteriza-se por um processo metódico, rotineiro, de hábitos quotidianos, pelo que se encontra sujeita a um maior risco de erros sistemáticos, influenciados quer por falta de conhecimento e iliteracia do doente, quer pela progressiva perda de capacidade funcional (física, cognitiva e sensorial) (Hutchison *et al.*, 2006; Tordoff *et al.*, 2010).

Estes factos foram progressivamente observados *in loco* durante a realização das entrevistas a cada um dos idosos envolvidos, ressaltando sobretudo o facto de estes apresentarem maior dificuldade para gerir nova informação,

o que se refletiu de forma clara na barreira imposta por alterações, mesmo que mínimas, aos regimes medicamentosos a que estavam habituados. Ilustrando com recurso a um exemplo, imagine-se um idoso que toma dez medicamentos diferentes diariamente há mais de cinco anos. O automatismo associado à informação quotidiana e aos meios de suporte doméstico (p.ex. refeições, hora de determinado programa da televisão, hora de deitar, entres outros), mesmo que precários, assume um peso cognitivo expressivo, o que lhe permite efetuar a tarefa dia-após-dia sem problemas de maior.

Agora imagine-se um cenário, em que desse regime medicamentoso é retirado um dos medicamentos, ou adicionado um novo, ou até que ocorre uma “simples” mudança de horário ou de imagem da embalagem. Estes fatores assumem um papel potencialmente determinante, e podem resultar em problemas graves relacionados com a incapacidade para assimilar a nova informação.

A capacidade dos idosos para gerir a sua medicação pode encontrar-se condicionada por diversos fatores, descritos em quatro vértices principais:

- i. O contexto, onde se inclui o facto de os idosos em estudo viverem ainda nas suas casas, muitas vezes sozinhos e com diferentes níveis de incapacidade e

dependência, os seus conhecimentos e literacia, bem como as suas crenças relativamente à toma de medicamentos;

ii. As alterações sofridas pelos indivíduos que envelhecem, nomeadamente a nível fisiológico e funcional (físico, cognitivo e sensorial);

iii. As doenças crónicas e comorbilidades;

iv. A medicação e os fenómenos com ela relacionados, sobretudo a polimedicação, a complexidade farmacoterapêutica, a medicação inapropriada e a adesão à terapêutica.

Os primeiros dois correspondentes a determinantes a que todas as pessoas que envelhecem se encontram sujeitas, e os segundos correspondentes a determinantes que surgem na sequência dos anteriores, porém, implicando doença e terapêutica crónicas.

O autocuidado, enquanto conjunto de atividades que o indivíduo realiza, voluntariamente em proveito da sua vida, saúde e bem-estar (Easton, 1993; Orem, Taylor, & Renpenning, 2001; Wilkinson & Whitehead, 2009), e consequentemente a sua funcionalidade para desenvolver essas atividades, representam dois pilares fundamentais para a gestão da medicação. Embora o envelhecimento se caracterize por uma natural e progressiva perda de funcionalidade, sabe-se que é possível, ainda assim,

retardá-la e melhorar o desempenho, seja através da intervenção de cuidadores, profissionais de saúde ou dispositivos específicos concebidos para o efeito (Maddigan *et al.*, 2003; Renpenning & Taylor, 2003), sendo aqui que entram com grande utilidade os dispositivos de apoio à gestão da medicação, nomeadamente as caixas de medicação (*pillboxes*) e os sistemas de alerta, que permitem lembrar horas de toma. Destes últimos, existem já alguns protótipos que permitem, além de lembrar tomas, dispensar automaticamente o medicamento a tomar nesse momento. Com o desenvolvimento das novas tecnologias, prevê-se que num futuro próximo, todo o percurso do medicamento a partir do momento em que é prescrito e dispensado a determinado doente, até à sua toma, se possa controlar a partir de sistemas digitais baseados em interfaces transversais a todos os níveis de cuidados e serviços de saúde.

A necessidade de assegurar o prosseguimento de um caminho comum e não apenas a acumulação de evidência empírica sobre a condição dos idosos e os determinantes do envelhecimento, deverá orientar a sua abordagem integrada, tendo por base as teorias e equipas transdisciplinares, que constituirão certamente, fortes pilares para a compreensão das diferentes problemáticas, sobretudo quando

complementadas com a utilização de métodos de investigação que permitam avaliar e comparar os resultados ao longo do tempo.

Ambos os instrumentos validados demonstraram boa aplicabilidade, o DRUGS-PT (Advinha *et al.*, 2016) com maior potencial para avaliações rápidas (p.ex. consultas de rotina) e o SMAT-PT (Advinha *et al.*, 2018) para avaliações mais extensas, quer em contexto clínico, quer de investigação. O SMAT-PT pode ainda ser direcionado para a reconciliação terapêutica, uma vez que pode representar um suporte à tomada de decisão relativamente à inserção de apoios diários na gestão da medicação, nomeadamente quando os idosos se encontram em transição entre a sua casa e os diferentes níveis de cuidados de saúde. Tanto os investigadores, como os profissionais de saúde devem, cada vez mais, ser incentivados à utilização de instrumentos validados nos seus contextos de trabalho.

Atualmente, foi já concedida autorização de utilização, sobretudo do DRUGS-PT a outras equipas de investigação, sendo alguns desses trabalhos desenvolvidos a nível Nacional, nomeadamente no estudo da capacidade funcional para gerir a medicação de:

- Idosos com 75 ou mais, residentes na comunidade e avaliados em farmácias comunitárias, com o objetivo de

identificar a potencial necessidade de implementação de apoios à distribuição individualizada de medicamentos;

- Idosos na transição hospital-casa;
- Idosos com diabetes tipo 2, integrados num estudo com vista ao desenvolvimento de um assistente virtual para facilitar o autocuidado de pessoas mais velhas.

Perspectiva-se assim, que as melhorias do desempenho dos idosos na gestão da medicação possam ser potenciadas através da inserção de recursos de apoio, sejam eles humanos ou tecnológicos, salvaguardando sempre a importância do suporte humano, sobretudo na implementação de apoios tecnológicos, geridos em tempo real por profissionais qualificados e cuidadores treinados no apoio à gestão diária dos medicamentos.

Deve também perspectivar-se o teste de aplicabilidade dos instrumentos validados para Portugal, em diferentes contextos comunitários, sobretudo no domicílio e em cuidados de saúde primários, bem como em sede de avaliação geriátrica global. A aferição dos instrumentos de medida e o seguimento prospetivo dos indivíduos deverá ser regular. A adaptação cultural e validação dos instrumentos obtidos para Portugal, deverá ser fortemente encorajada nos restantes países de Língua Oficial Portuguesa.

Os diferentes intervenientes no cuidado à pessoa idosa devem ser envolvidos neste processo de avaliação e apoio à gestão da medicação, desde os cuidadores informais até aos profissionais de saúde. A interoperabilidade entre serviços deve constituir uma meta, de forma a que do processo possam obter-se resultados positivos e integrados para a saúde do idoso, promovendo-se durante o maior período de tempo possível, a permanência na própria casa, de forma independente e saudável.

REFERÊNCIAS

Achenbaum, W. A. (1995). *Crossing frontiers: Gerontology emerges as a science*. New York: Columbia University Press.

Advinha, A. M., De Barros, C. T., Guerreiro, M. P., Nunes, C., Lopes, M. J., & De Oliveira-Martins, S. (2018). Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Self-Medication Assessment Tool (SMAT) for assessing and optimizing medication therapy management of older people. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 6(4), 655. <https://doi.org/10.5750/ejpc.v6i4.1568>

Advinha, A. M., Henriques, A., Guerreiro, M. P., Nunes, C., Lopes, M. J., & Oliveira-Martins, S. de. (2016). Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *European Geriatric Medicine*, 7(5), 424–429. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.04.002>

Alkema, G. E., & Alley, D. E. (2006). Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574–582.

Beckman, A., Bernstein, C., Parker, M. G., Thorslund, M., & Fastbom, J. (2005). The difficulty of opening medicine containers in old age: A population-based study. *Pharmacy World and Science*, 27(5), 393–398. <https://doi.org/10.1007/s11096-005-7903-z>

Beers, M. H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Archives of Internal Medicine*, 157(14), 1531–1536.

Beers, M. H., Ouslander, J. G., Rollinger, I., Reuben, D. B., Brooks, J., & Beck, J. C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA division of geriatric medicine. *Archives of Internal Medicine*, 151(9), 1825–1832.

Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos - Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratório Bial.

Buyck, D., Floyd, M., Tudiver, F., McGrady, L., Journagin, A., & Kishenko, S. (2005). Behavioral medicine in Russian family medicine. *Patient Education and Counseling*, 59(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.11.006>

Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Di Muzio, M., ... Antonelli Incalzi, R. (2009). Potentially inappropriate medications and functional decline in elderly hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 1007–1014. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02266.x>

Easton, K. L. (1993). Defining the concept of self-care. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of*

Rehabilitation Nurses, 18(6), 384–387.

Edelberg, H. K., Shallenberger, E., & Wei, J. Y. (1999). Medication management capacity in highly functioning community-living older adults: Detection of early deficits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(5), 592–596.

Ewing, A. B. (2002). Altered drug response in the elderly. In C. Cairns & D. Armour (Eds.), *Medicines in the elderly* (pp. 15–27). London: Pharmaceutical Press.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.

George, J., Phun, Y. T., Bailey, M. J., Kong, D. C. M., & Stewart, K. (2004). Development and validation of the medication regimen complexity index. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(9), 1369–1376. <https://doi.org/10.1345/aph.1D479>

Gray, S. L., Mahoney, J. E., & Blough, D. K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(5), 539–545.

Hajjar, E. R., Cafiero, A. C., & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2007.12.002>

Hutchison, L. C. (2010). Biomedical principles of aging. In L. C. Hutchison & R. B. Sleeper (Eds.), *Fundamentals of geriatric pharmacotherapy: An evidence-based approach* (pp. 53–70). Bethesda, Maryland: American Society of Health-Systems Pharmacists.

Hutchison, L. C., Jones, S. K., West, D. S., & Wei, J. Y. (2006). Assessment of medication management by community-living elderly persons with two standardized assessment tools: A cross-sectional study. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(2), 144–153. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2006.06.009>

Irvine-Meek, J., & Gould, O. N. (2011). Psychometric evaluation of a self-medication assessment tool in an elderly population. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 64(1), 16–24.

Irvine-Meek, J., Gould, O. N., Wheaton, H., & Todd, L. E. (2010). Acceptability and face validity of a geriatric self-medication assessment tool. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 63(3), 225–232. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v63i3.918>

Kostanjsek, N. (2011). Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, 11(Suppl 4), S3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>

MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly - Which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*, 22(3), 231–255. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522030-00005>

Maddigan, S. L., Farris, K. B., Keating, N., Wiens, C. A., & Johnson, J. A. (2003). Predictors of older adults' capacity for medication management in a self-medication program: A retrospective chart review. *Journal of Aging and Health*, 15(2), 332–352.

Martin, D. J., & Gillen, L. L. (2014). Revisiting gerontology's scrapbook: From Metchnikoff to the spectrum model of aging. *The Gerontologist*, 54(1), 51–58. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt073>

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília.

Muir, A. J., Sanders, L. L., Wilkinson, W. E., & Schmader, K. (2001). Reducing medication regimen complexity. *Journal of General Internal Medicine*, 16(2), 77–82. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016002077.x>

Nolte, E., & Knai, C. (2014). Introduction. In E. Nolte, C. Knai, & S. R. B (Eds.), *Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches* (pp. 1–7). Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Patterson, T. L., Lacro, J., McKibbin, C. L., Moscona, S., Hughs, T., & Jeste, D. V. (2002). Medication management ability assessment: Results from a performance-based measure in older outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 11–19.

Renpenning, K., & Taylor, S. (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York, USA: Springer Publishing Company.

República Portuguesa: Trabalho Solidariedade e Segurança Social & Saúde. (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI (2016-2019)*. Lisboa.

Schrijvers, G., Van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: Concepts and theories: An introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12, 1–7.

Tordoff, J., Simonsen, K., Thomson, W. M., & Norris, P. T. (2010). “It’s just routine.” A qualitative study of medicine-taking amongst older people in New Zealand. *Pharmacy World and*

Science, 32(2), 154–161. <https://doi.org/10.1007/s11096-009-9361-5>

Vanhaecht, K., De Witte, K., & Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. KU Leuven, Belgium.

Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143–1147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011>

Windham, B. G., Griswold, M. E., Fried, L. P., Rubin, G. S., Xue, Q.-L., & Carlson, M. C. (2005). Impaired vision and the ability to take medications. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(7), 1179–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53376.x>

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid.

World Health Organization. (2005). *Healthy ageing - Practical pointers on keeping well*. Manila, Philippines.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease - 2004 Update*. Geneva.

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years - Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.

World Health Organization, & Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa.

CAPÍTULO 12

A INTERVENÇÃO HUMOR EM ENFERMAGEM: contributos para a prática clínica

Luís Manuel Mota de Sousa
Cristina Maria Alves Marques-Vieira
Paulo César Lopes Silva
Maria do Céu Marques
Helena Maria Guerreiro José

1. INTRODUÇÃO

O humor tem vindo a ser utilizado no âmbito do cuidar em enfermagem e os estudos realizados têm demonstrado os seus benefícios tanto a nível da saúde como no bem-estar dos pacientes (SOUSA *et al.*, 2018; SOUSA, *et al.*, 2019a; SOUSA e JOSÉ, 2016). O humor como intervenção está incluído na *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BUTCHER, *et al.*, 2018) e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como recurso e intervenção (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2016), no entanto, não é uma intervenção sistematizada na prática clínica.

A palavra “humor” tem uma história longa e muitos significados, sendo um tema recorrentemente considerado e discutido desde há séculos (JOSÉ, 2010). O significado

literal da palavra latina é humidade e fluído, como aparece nas teorias de Hipócrates e mais tarde de Galeno, com os quatro tipos de humor (sangue, fleuma, bílis amarela e preta), em que a bílis negra era causa do humor negro ou depressão. Esta conotação manteve-se em muitos países europeus, existindo expressões francesas e alemãs que o mostram claramente: *bonne* ou *Mauvaise humeur* (bom ou mau humor), *gute* ou *schlechte Laune*, que significa humor espirituoso ou brincadeira (LOTHANE, 2008; SOUSA e JOSÉ, 2016).

O humor foi definido por Codersh como um estado emocional, por Alós como um estado de ânimo, mais ou menos estável, que abrange de modo equilibrado sentimentos, emoções, estados corporais e por Freedman como uma expressão de sentimentos que produzem bem-estar numa pessoa, sem causar feitos desagradáveis nas outras (JOSÉ, 2010).

Apesar da longa discussão que tem sido feita em torno do humor, da sua natureza, fatores que o influenciam, propósitos e benefícios, a definição de humor não tem sido consensual, sendo que investigadores e teóricos referem dificuldades em defini-lo e em integrar os resultados das investigações empíricas, devido à inexistência de uma teoria

explicativa/compreensiva do humor e suas respostas humanas (SOUSA e JOSÉ, 2016).

Na literatura, têm sido identificadas várias tipologias de humor que se resumem em duas dimensões, humor positivo e humor negativo. O humor positivo, ou de comédia (JOSÉ, 2002; ROBINSON, 1991), faz-se com situações humorosas que promovem a harmonia na relação e no cliente, ajudando-o a manter a esperança. A este tipo de humor estão associados os estilos afiliativo e de autodesenvolvimento (MARTIN, *et al.*, 2003). Por outro lado, o humor negativo ou tragédia (JOSÉ, 2010; ROBINSON, 1991), está associado ao humor negro, macabro, *stress*, conflito, incompreensão e desamor. Este exprime-se através do sarcasmo e ironia, podendo ter consequências negativas para o paciente, sobretudo o constrangimento e o desconforto na situação. Neste tipo de humor enquadram-se os estilos agressivo e autodestrutivo (MARTIN, *et al.*, 2003).

O humor e o riso estão interligados, não são sinónimos, contudo influenciam-se mutuamente, são condicionados por um contexto ou situação e não devem ser discutidos separadamente (JOSÉ, 2010; SOUSA e JOSÉ, 2016). Neste sentido, consideram-se como respostas emocionais ao humor, a alegria e o comportamento

correspondente, bem como o riso (SAHAKIAN e FRISHMAN, 2007; SOUSA e JOSÉ, 2016).

No contexto dos cuidados de enfermagem o humor ajuda o paciente a perceber, apreciar e expressar o que é engraçado, divertido ou absurdo, a fim de estabelecer relacionamentos, aliviar a tensão, liberar a raiva, facilitar o aprendizado ou lidar com sentimentos dolorosos (BUTCHER, *et al.*, 2018).

O humor funciona ainda como uma estratégia individual para ultrapassar contrariedades da vida, parece ter importantes efeitos positivos no sistema imunitário, no sistema nervoso central (McGHEE, 1996), assim como no sistema cardiovascular (FRY, 1992; SAHAKIAN e FRISHMAN, 2007).

A intervenção humorosa no âmbito do agir profissional do enfermeiro pode ser influenciada por fatores pessoais e circunstanciais. A nível dos fatores pessoais os estudos analisados apontaram as características: personalidade (BEINS e O'TOOLE, 2010; THORNTON e WHITE, 1999), a idade (HELVIK, *et al.*, 2007) e o género (FREEMAN e VENTIS, 2010; FÜHR, 2002; HELVIK, *et al.*, 2007; KAZARIAN e MARTIN, 2006; ROBINSON, 2009; THORSON e POWELL, 1993).

Como fatores circunstanciais evidenciaram-se o nível de *stress* e as dificuldades percebidas (FREEMAN e VENTIS, 2010), duração da deficiência, experiência anterior, capacidade de utilização de estratégias de comunicação verbais e não-verbais (HELVIK, *et al.*, 2007), quantidade de sintomas físicos e atitudes negativas perante a doença (KUIPER e HARRIS, 2009), severidade da doença, dor, incapacidade e sofrimento psíquico (MERZA, *et al.*, 2009), gostar de humor (MORAN e HUGHES, 2006) e capacidade de executar funções executivas da mente (UEKERMANN, *et al.*, 2006). No que se refere às condições que facilitam a utilização de atividades humorosas, os artigos referem a utilização por parte do profissional de uma postura corporal descontraída e voz relaxada (CHABELI, 2008). No entanto, (JOSÉ, 2010) outras condições que facilitam a intervenção nomeadamente conhecimento do Outro, relação de confiança, cumplicidade, tolerância, disponibilidade, sinceridade, sabedoria, simpatia e espontaneidade do profissional.

Nos EUA o humor surge em contexto clínico de uma forma espontânea e é centrado no cliente, em Taiwan é desenvolvido a partir dos papéis, deveres e responsabilidades da família (CHIANG-HANISKO, ADAMIE e CHIANG, 2009). A intervenção humorosa baseia-se em

criar situações humorísticas verbais e não-verbais, imagens, fotografias, adivinhas, canções, enigmas mentais (PETZAIL e OLSSON, 2007) e a construção de um portfólio com livros e fotografias engraçadas, piadas, filmes de comédias, desenhos animados, notícias engraçadas, artigos e histórias (TSE, *et al.*, 2010).

Wear e colaboradores (WEAR, *et al.*, 2009), contribuíram no seu estudo para a compreensão do humor, através da identificação dos locais apropriados para o humor, da utilização do humor através do jogo e dos objetos a utilizar. Além dos benefícios que o humor pode trazer, deve-se ter em consideração que algumas brincadeiras bem-intencionadas podem causar desconforto aos participantes (OLIFFE, *et al.*, 2009).

Este facto revela o carácter paradoxal que o humor pode ter (JOSÉ, 2010), dado que o que é humoroso para uma pessoa pode não ser para outra. Nesta perspectiva, o uso terapêutico do humor deve ser apropriado a cada situação, pois é um fenómeno multifacetado (JOSÉ, 2002). No planeamento da intervenção humorosa o enfermeiro necessitará avaliar a pessoa, considerando a sua cultura (SHELDON, 1996), a gravidade da situação que esta vivência (ASTEDT-KURKI e LIUKKONEN, 1994), e considerar que quando se experienciam situações

angustiantes, as pessoas podem não apreciar o seu uso (SHELDON, 1996; CELSO, EBENER e BURKHEAD, 2003).

A padronização da linguagem dos problemas e tratamentos em enfermagem tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar regras (BUTCHER, *et al.*, 2018), permitindo ao enfermeiro responder adequadamente aos diagnósticos de enfermagem identificados e determinar o melhor tratamento, tendo por base a avaliação das tendências da sua prática e a qualidade da mesma. Recentemente, o humor tem sido sujeito também a essa padronização.

São poucos os exemplos de uma intervenção humorosa, sistematizada, resultante da ação profissional do enfermeiro, contudo, na NANDA-Internacional (NANDA-I), o humor é uma intervenção sugerida em sete diagnósticos e opcional em vinte (HERDMAN e KAMITSURU, 2018) e nela estão previstas 15 atividades, tal como descrito na Nursing Intervention Classification (NIC) (BUTCHER, *et al.*, 2018).

Atendendo ao carácter multifacetado do humor e aos fatores que o influenciam, é fundamental que a sua integração nos cuidados de enfermagem siga a metodologia do raciocínio clínico em enfermagem, de modo a maximizar os seus efeitos terapêuticos e qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Nesta perspectiva Carpenito-Moyet, afirma que a enfermagem necessita de um sistema de classificação, para descrever e desenvolver um fundamento científico fiável para o preenchimento dos critérios de profissionalização. Por outro lado, a utilização de uma metodologia científica, é um fator que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao pessoalizar os cuidados e concorrer para a autonomia dos enfermeiros (CARPENITO-MOYET, 2019).

Tendo em consideração a progressão das classificações de enfermagem na atualidade e a proposta da NIC, assim como, o que foi referido sobre o humor, é premente a validação desta intervenção, de modo garantir as condições para a sua integração no agir profissional do enfermeiro.

2. INTERVENÇÃO HUMOR EM ENFERMAGEM

Nesta seção salientam-se os aspetos a ter em consideração na capacitação do enfermeiro para utilizar o humor no seu agir profissional, quando presta cuidados aos pacientes.

O humor enquanto intervenção é central em enfermagem (ASTEDT-KURKI e LIUKKONEN, 1994; BECK, 1997; SAVAGE e CANODY, 1999; THORNTON e WHITE,

1999), facilita a comunicação e a relação com a pessoa cuidada e ajuda os profissionais a lidar e ultrapassar dificuldades intrínsecas à sua profissão (ASTEDT-KURKI e ISOLA, 2001; JOSÉ, 2008).

A investigação demonstrou que os enfermeiros mais jovens, e que têm menos anos de profissão são os que expressam uma atitude mais negativa face à utilização do humor na prática de cuidados (SUMNERS, 1990), contrariamente, os enfermeiros mais experientes, desenvolvem esta intervenção, através da observação e da prática. A sua utilização terapêutica é um comportamento próprio de um enfermeiro perito, ajudando a delinear essa própria perícia (GREENBERG, 2003).

Contudo, são necessários alguns cuidados na implementação, uma vez que o humor é a natureza contextual e paradoxal do humor, apresentando-se como uma ferramenta poderosa para os enfermeiros, mas que pode ter efeitos adversos se não for adequada à pessoa que cuidam (JOSÉ, 2006; JOSÉ, 2008; SOUSA e JOSÉ, 2016; SOUSA, *et al.*, 2019a; SOUSA, *et al.*, 2018).

Neste sentido, antes de implementar a intervenção humor, o enfermeiro deve adquirir algumas competências neste âmbito. Recomenda-se que comece por:

1. Procurar revistas científicas e artigos de enfermagem sobre os benefícios do uso de humor como uma intervenção;

2. Identificar *workshops* que forneçam informações sobre a forma de incorporar humor nos planos de cuidados de enfermagem;

3. Fazer uma autorreflexão e identificar do que o faz rir e relaxar;

4. Observar o que faz sorrir e rir com os outros à sua volta (CHRISTIE e MOORE, 2005).

O enfermeiro pode aumentar o seu nível de conforto em relação à utilização desta intervenção, se fizer uma revisão da literatura, frequentar seminários sobre humor e exercitar as suas aptidões para o humor (JOSÉ, 2008). Além disso, deve identificar e planejar uma intervenção tendo em consideração o tipo humor mais adequado. Pode ainda, fazer preparação profissional e formação de modo a utilizar os recursos (ferramentas) oportunamente (OCHOA, 2009).

Na preparação e na formação, McGhee (MCGHEE, 2009), propõe oito estratégias para desenvolver competências no âmbito da intervenção humor:

1. Descubra a natureza do seu próprio sentido de humor;

2. Cultive uma atitude divertida e um senso de diversão;
3. Ria com maior frequência e mais de coração;
4. Pratique contando piadas e histórias;
5. Crie o seu próprio humor verbal: Comece a jogar com a linguagem;
6. Encontre o humor no dia-a-dia;
7. Aprenda a rir de si mesmo e;
8. Encontre humor no meio de stresse: Usar o humor como *coping*.

A intervenção humor, à semelhança de outras intervenções de enfermagem, segue um processo de raciocínio clínico. A literatura recomenda as seguintes atividades, em cada etapa deste processo:

A – Avaliação Inicial

O enfermeiro tem de efetuar uma colheita de dados sobre os tipos de humor, estilos de humor, sobre o que influencia o humor, de modo a analisar e interpretar o que é mais adequado para a pessoa neste âmbito. Assim deve:

- Avaliar a pessoa e os tipos de humor mais utilizados ou desejados pela pessoa (CHRISTIE e MOORE, 2005);
- Conhecer o estilo de humor da pessoa. O estilo de humor influencia o tipo de humor, sendo necessário

diferenciar estas variáveis (BENNETT e LENGACHER, 2006);

- Avaliar o estilo de humor do paciente e sua receptividade, isto é, qual o papel do humor na sua vida, a que tipo de humor reage, a disposição do paciente para o humor e se as circunstâncias são adequadas (JOSÉ, 2008; OCHOA, 2009);

- Analisar os aspectos culturais que caracterizam o humor de cada país. Nos Estados Unidos da América (EUA) o humor é informal, espontâneo e centrado no paciente, em Taiwan é centrado na família (CHIANG-HANISKO, ADAMIE e CHIANG, 2009). Já no Brasil um estudo sobre a comunicação organizacional apontou para a necessidade de politização do humor, uma vez que cumpre com parte das suas funções sociais, auxilia nos processos sociais de tolhimento e discriminação social (IRIGARAY, SARAIVA e CARRIERI, 2010);

- Provocar na pessoa um humor ativo, fazer humor com a situação (OCHOA, 2009);

- Utilizar as situações do dia-a-dia para servir de mote para criar humor. Numa intervenção humorosa em mulheres com cancro foram utilizadas piadas situacionais que permitiu rir de si mesmas e da vida, brincavam com a

própria situação, colocando perucas diferentes (JOHNSON, 2002);

- Atender a que o humor surge após a observação do paciente e inclui a autoironia, gracejos, atrevimentos e piadas. Pode ser feito através do uso de palavras com significado oposto. O humor é contextual, pode ser feito recorrendo a situações inesperadas que se tornam engraçadas, assim como, dos aspetos cómicos da vida e dos momentos de interação com os enfermeiros (ASTEDT-KURKI e ISOLA, 2001);

- Observar as características da comunicação humorosa na pessoa cuidada. A comunicação humorosa é acompanhada pelo sorriso, pelo brilho do olhar, e movimentos das mãos exageradas ou de inflexão de voz. Nestes gestos meta-comunicativos são encontradas deixas divertidas. O humor (rir com) é transcendente e é uma forma de cuidar (GREENBERG, 2003);

- Utilizar vídeos que sejam apreciados pela pessoa, para desencadear o humor. O enfermeiro deve verificar se é um vídeo humoroso ou situação humorosa para aquela pessoa, pois o humor é individual. As pessoas podem escolher diferentes vídeos, mas nessa escolha podem seleccionar um que não produza humor ou o riso. O humor é afetado pelas condições ambientais, a pessoa pode escolher

um vídeo humoroso, mas não conseguir relaxar ou rir em determinada situação (BENNETT e LENGACHER, 2009). Identificar um conjunto de filmes, *cartoons* que sejam apreciados pelos pacientes (SOUSA, *et al.*, 2016);

- Ter em consideração algumas condições: a relação com o paciente, o meio ambiente onde se faz o humor (quem é o público-alvo) e o tempo (a altura certa para fazer o humor) (BUXMAN, 2008).

B- Diagnóstico de enfermagem

Após a colheita de dados global, o enfermeiro deve:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem que tenham o humor como intervenção sugerida. Nas ligações NANDA I, NIC e NOC são referidos 17 diagnósticos em que a intervenção humor NIC é sugerida, e encontra-se ainda os respetivos resultados enfermagem NOC (JOHNSON *et al.*, 2012).

Tabela 1 – Diagnósticos de enfermagem NANDA-I e Resultados em que a Intervenção humor é sugerida.

Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I)	Resultado da NOC
1. Comportamento de Saúde Propenso a Risco	Adaptação psicossocial: Mudança de vida (p.67-68)
2. Disposição para comunicação melhorada;	Comunicação (p.71)
3. Conforto prejudicado;	Estado de Conforto: Psicoespiritual (p.74)
4. Confusão crónica;	Orientação cognitiva (p.78)
5. Atraso no crescimento e desenvolvimento;	Desenvolvimento: Adulto de meia idade (p.100)
6. D: Dor aguda;	Desenvolvimento: Nível de desconforto (p.117)
7. Dor crónica;	Resposta Psicológica adversa (p.119)
8. Enfrentamento defensivo;	Habilidades de interação social (p.124)
9. Disposição para enfrentamento melhorado;	Nível de estresse (p.129)
10. Disposição para enfrentamento familiar melhorado;	Resiliência familiar (p.135)
11. Disposição para esperança melhorada;	Esperança (p.137-138)
12. Tensão do papel do cuidador;	Saúde emocional do cuidador (p.191)
13. Envolvimento em atividades de recreação diminuído;	Envolvimento social (p.219)
14. Défice de atividades de recreação	Participação no lazer (p. 218)
15. Disposição para relacionamento melhorado;	Desenvolvimento: adulto na terceira idade (p.221)
16. Disposição para relacionamento melhorado;	Desenvolvimento: adulto de meia idade (p.221)
17. Tristeza crónica;	Equilíbrio de humor (p.247)

Fonte: Traduzido de JOHNSON, M., *et al.*, **NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care**. Elsevier/Mosby, 2012.

C – Planeamento

Antes de iniciar o planeamento, a literatura destaca que o enfermeiro deve:

- Adequar à pessoa os gestos meta-comunicativos, nomeadamente, o sorriso e os movimentos das mãos e inflexão de voz (GREENBERG, 2003);

- Escolher o estilo de humor a utilizar com a pessoa (JOSÉ, 2002);

- Atender à unicidade pessoal e utilizar uma atitude positiva. O humor tem de ser feito com suavidade, subtilidade, saber ouvir/escutar (JOSÉ, 2008);

- Considerar a multidimensionalidade e o carácter paradoxal do humor no cuidar (JOSÉ, 2010; SOUSA e JOSÉ, 2016). O humor é situacional e paradoxal. Existem dificuldades e barreiras à utilização do humor, nomeadamente, o tipo de humor apreciado pela pessoa cuidada, bem como a gravidade da situação que ela vive. O humor sofre influências do contexto, da personalidade, género, nível de escolaridade e cultura. Em situações de grande angústia o humor pode não ser apreciado. Algumas brincadeiras que podem ter um efeito humilhante e destruidor no paciente (JOSÉ, 2006; SOUSA e JOSÉ, 2016; SOUSA, MARQUES-VIEIRA, *et al.*, 2019);

- Evitar fazer humor com situações e características de pessoas que podem ser controversas. Deve-se evitar piadas relacionadas com o género, etnia, política, tragédias e sintomas relacionados com a doença. O humor pode ser inadequado quando o enfermeiro não está familiarizado e não conhece a pessoa cuidada (MCCREADDIE e WIGGINS, 2007; SOUSA e JOSÉ, 2016);

- Utilizar a empatia como pré-requisito para o uso de humor. Deve-se ponderar quando e como fazer humor com a pessoa. O humor é mais que contar uma piada, pois é um fenómeno complexo, desafiador, dependente do contexto e é parte integrante de quem somos e como interagimos com os outros (MCCREADDIE e WIGGINS, 2007);

- Considerar os aspetos culturais e situacionais no planeamento da intervenção. Nos EUA o humor pode ser utilizado em situações terminais, mas não o pode ser em Taiwan (CHIANG-HANISKO, ADAMIE e CHIANG, 2009);

- Selecionar o tipo de humor que é genuíno e coerente consigo mesmo. Para desencadear o humor necessita ter em consideração os seus próprios comentários humorísticos (OCHOA, 2009) e;

- Ter sempre em mente a motivação que leva a utilizar o humor como uma intervenção (OCHOA, 2009).

- Na visualização de filmes, selecioná-los de acordo com as suas preferências (SOUSA *et al.*, 2016).

No planeamento de uma intervenção, as recomendações da literatura são as seguintes:

- Organizar e conceber um portfólio com livros e fotos engraçadas, piadas, fitas de áudio e vídeos engraçados, cliques de comédia e banda desenhada, e cliques de notícias, artigos, histórias e reflexões engraçadas e interessantes (JOSÉ, 2008; SOUSA, MARQUES-VIEIRA, *et al.*, 2016; TSE, LO, *et al.*, 2010);

- Selecionar e colecionar materiais de leitura ou materiais de áudio humorísticos, comentários e situações humorísticos (BUXMAN, 2008; JOSÉ, 2008; SOUSA *et al.*, 2016);

- Selecionar filmes de humor (SOUSA, *et al.*, 2016; JOSÉ, 2008). A visualização de filmes facilita uma resposta jocosa através da percepção de incongruências divertidas, que se manifestam por riso ou alegria (BENNETT e LENGACHER, 2006; BENNETT e LENGACHER, 2009; BENNETT, ZELLER, *et al.*, 2003);

- Recolher os recursos materiais:

- Fazer uma pasta com anedotas;

- Anotar anedotas engraçadas e situações humorosas;

- Estar atento a expressões engraçadas feitas pelos outros;

- Anotar sinais humorosos e imagens/vídeos vistos na televisão;

- Guardar experiências humorosas pessoais;

- Colecionar papéis e jornais divertidos;

- Guardar banda desenhada e magazines de humor;

- Colecionar discos de comédias e poemas de humor e;

- Colecionar material de comediantes e escritores de comédia (JOSÉ, 2010);

- Compilar uma biblioteca de livros humorísticos, caricaturas, piadas, histórias e vídeos (CHRISTIE e MOORE, 2005) e;

- Criar um carro “Unidose humorística”, denominado “Risomóvel”, com material humorístico, como livros, cassetes, chapéus, narizes, óculos, jogos, entre outros (JOSÉ, 2008).

D – Implementação

Nesta etapa os enfermeiros implementam as atividades da intervenção humor, tendo em conta os seguintes aspetos:

- Rir com os pacientes e não deles (JOSÉ, 2008)

- Fazer trocadilhos (JOSÉ, 2008)
- Criar o seu próprio humor. Existem 4 métodos:
 - Contar histórias e anedotas em segunda mão;
 - Compartilhar as suas experiências humorosas com os outros;
 - Modificar anedotas antigas, ditos e histórias e;
 - Inventar ou criar humor novo usando dispositivos humorosos (JOSÉ, 2008);
- Partilhar piadas, caricaturas e anedotas engraçadas às quais as pessoas são receptivas (JOSÉ, 2008);
- Disponibilizar o material humoroso selecionado:
 - Iniciar a sessão com a piada do dia, leitura de piadas engraçadas e histórias;
 - Realizar de exercícios, jogos, espetáculos de magia e partilha das suas histórias engraçadas;
 - Selecionar e dar dicas para estimular o humor e alegria (TSE, LO, *et al.*, 2010);
 - Expor fotografias humorísticas dos profissionais e *cartoons* humorísticos;
 - Publicar uma piada ou história da semana num quadro de avisos à equipe;
 - Colocar legendas ou comentários sobre fotografias e desenhos animados;

– Ter adereços humorísticos disponíveis (varinhas mágicas, narizes de esponja, botões de humor, entre outros brinquedos) e;

– Celebrar o dia da pipoca (19 janeiro), o dia da bondade (17 de fevereiro) e o dia nacional da piada (16 de agosto) (BUXMAN, 2008);

- Utilizar jogos de palavras, visionamento de filmes e *cartoons* humorísticos, audição de cassetes humorísticas, literatura humorística, lembrar de situações com graça, alegres, tentando utilizar uma técnica de visualização (JOSÉ, 2006, SANTOS *et al.*, 2016);

- Utilizar analogias, anedotas, brincadeiras, desenhos, comunicação verbal e não-verbal, filmes/programas cômicos, histórias engraçadas, livros cômicos, música, piadas, nariz vermelho, picadelas de olhos e *smilies* (JOSÉ, 2008; SANTOS *et al.*, 2016);

- Visualizar um filme de humor (BENNETT, ZELLER, *et al.*, 2003) e;

- Utilizar piadas, riso e sorriso na interação com os pacientes. A partilha de histórias ajuda a dar sentido à experiência, em que o humor domina na maioria delas (DEAN e MAJOR, 2008).

E – Avaliação

No final, o enfermeiro deve avaliar a eficácia das atividades implementadas, face aos resultados esperados.

Neste sentido, o enfermeiro deve observar a reação da pessoa à intervenção realizada (OCHOA, 2009).

Tabela 2 - Intervenção humor segundo (NIC).

Níveis	Definição e descrição
Nível 1 (Domínio) – 3 Comportamental	Cuidados que dão suporte psicossocial e facilitam mudanças de estilo de vida.
Nível 2 (Classe) – R Assistência no enfrentamento	Intervenções para auxiliar o outro a contar com os seus pontos positivos para se adaptar a uma mudança de função ou atingir um nível mais elevado de funcionamento.
Nível 3 (intervenções) – 5320 Humor	Facilitação ao cliente para que perceba, aprecie e expresse o que é engraçado, divertido ou lúdico, a fim de estabelecer relações, aliviar tensões, libertar sentimentos de raiva, facilitar a aprendizagem ou enfrentar sentimentos dolorosos.
15 Atividades	1) Determinar os tipos de humor apreciados pelo cliente; 2) Determinar a relação típica do paciente ao humor (gargalhada ou sorriso, entre outros); 3) Determinar o horário do dia em que o paciente está mais receptivo; 4) Evitar tópicos em relação aos quais o paciente mostra-se sensível; 5) Discutir as vantagens da risada com o paciente; 6) Selecionar material humorístico que crie um despertar moderado no

	paciente; 7) Disponibilizar uma seleção de jogos, desenhos, piadas, vídeos, gravações, livros e outros materiais humorísticos; 8) Indicar incoerências humorísticas numa situação; 9) Encorajar a visualização com humor (fotografia de uma autoridade ligada à censura vestido somente com roupas íntimas, entre outros); 10) Encorajar um jeito descontraído e menos sério; 11) Remover as barreiras ambientais que evitam ou diminuem a ocorrência espontânea do humor; 12) Monitorizar a resposta do paciente e interromper a estratégia, se ineficiente; 13) Evitar o uso do humor com o paciente que apresenta deficiência cognitiva; 14) Demonstrar uma atitude de apreciação em relação ao humor; 15) Reagir de forma positiva às tentativas humorísticas feitas pelo paciente.
--	---

Fonte: Adaptado de BUTCHER *et al.*, (2018, p.691).

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E POLÍTICAS DE SAÚDE

As intervenções de enfermagem baseadas no humor e centradas na pessoa constituem um fator importante na promoção da qualidade de vida do paciente. Estas visam,

sobretudo, a adesão ao programa terapêutico e o desenvolvimento empático entre o paciente e o cuidador.

Nesta linha de pensamento, os estudos aqui analisados apontam para uma prática de enfermagem que recorre ao humor e ao riso como ferramenta fundamental para promover o conforto do paciente e fornecer-lhe mecanismos de *coping* para ultrapassar o processo de doença. Por outro lado, o humor melhora a experiência do internamento hospitalar e contribui para o aumento da satisfação do paciente (SOUSA, TEIXEIRA, *et al.*, 2018; SOUSA, MARQUES-VIEIRA, *et al.*, 2019). Contudo deve-se ter presente que em alguns casos o humor pode ter um efeito não terapêutico e deve ser ponderado o seu uso, nomeadamente em pessoas com deficiência cognitiva, doença mental e em situações de doença severa (BUTCHER, BULECHEK, *et al.*, 2018; SOUSA e JOSÉ, 2016; SOUSA, TEIXEIRA, *et al.*, 2018; SOUSA, MARQUES-VIEIRA, *et al.*, 2019).

Relativamente aos diagnósticos em enfermagem, seria importante considerar a intervenção humor como sugerida em diagnósticos relacionados com resiliência prejudicada; sofrimento espiritual; risco de sofrimento espiritual; síndrome do idoso frágil; isolamento social; e disposição para bem-estar espiritual melhorado, dado que

existe evidência sobre os benefícios da intervenção humor na melhoria do bem-estar em geral, lidar com o luto, sintomas depressivos e isolamento social (MACEDO *et al.*, 2019; NUNES; JOSÉ; CAPELAS, 2018; SOUSA *et al.*, 2019b; SOUSA *et al.*, 2019c; TSE, *et al.*, 2010).

A evidência científica disponível aponta para um efeito benéfico do humor na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, pelo que se considera fundamental o desenvolvimento de mais estudos nesta área.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção humor é complexa, uma vez que o humor é paradoxal, situacional, multifacetado e o seu uso tem de ser ponderado em algumas situações, nomeadamente em pessoas com deficiência cognitiva, doença mental e em situações de doença severa. No entanto, quando o enfermeiro faz uma avaliação adequada, parece ter inúmeros benefícios para a saúde e bem-estar das pessoas.

O humor tem sido objeto e tema de estudo, em várias disciplinas, em vários contextos e em vários países. Destaca-se a disciplina Enfermagem, que tem investigado

o humor enquanto intervenção de enfermagem e, com suporte em evidência científica, o humor integra, atualmente, classificações de enfermagem, como a NIC e a CIPE®. Pelos benefícios evidenciados e para aumentar o nível de evidência científica sugere-se continuar o desenvolvimento de estudos neste domínio.

REFERÊNCIAS

ASTEDT-KURKI, P.; ISOLA, A. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. **Journal of Advanced Nursing**, v.3, p. 452-458, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01860.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

ÅSTEDT-KURKI, P.; LIUKKONEN, A. Humour in nursing care. **Journal of advanced nursing**, v.20, n.1, p.183-188, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20010183.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

BECK, C.T. Humor in nursing practice: a phenomenological study. **International journal of nursing studies**, v.34, n.5, p. 346-352, 1997. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(97\)00026-6](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(97)00026-6). Acesso em: 12 Mai. 2020.

BEINS, B. C.; O'TOOLE, S. M. Searching for the sense of humor: Stereotypes of ourselves and others. **Europe's Journal of Psychology**, v.6, n.3, p. 267-287, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i3.216>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

BENNETT, M. P.; LENGACHER, C. A. Humor and laughter

may influence health. I. History and background. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v.3, n.1, p. 61-63, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ecam/nek015>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

BENNETT, M. P.; LENGACHER, C. A. Humor and laughter may influence health IV. humor and immune function. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v.6, n.2, p.159-164, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ecam/nem149>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

BUXMAN, K. Humor in the OR: A Stitch in Time? **AORN journal**, v.88, n.1, p. 67-77, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.01.004>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

CELSO, B. G.; EBENER, D. J.; BURKHEAD, E. J. Humor coping, health status, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. **Aging & mental health**, 7.6: 438-445, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607860310001594691>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

CHABELI, M. Humor: A pedagogical tool to promote learning. **Curationis**, v.31, n.3, p. 51-59, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/curationis.v31i3.1039>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

CHIANG-HANISKO, L.; ADAMLE, K.; CHIANG, L.-C. Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. **Journal of Nursing Research**, v.17, n.1, p. 52-61, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e3181999da3>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

CHRISTIE, W.; MOORE, C. The impact of humor on patients with cancer. **Clinical journal of oncology nursing**, v.9, n.2, p. 211-8, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/05.cjon.211-218>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

DEAN, R. A. K.; MAJOR, J. E. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. **Journal of clinical nursing**, v.17, n.8, p. 1088-1095, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020

FREEMAN, G. P.; VENTIS, W. L. Does Humor Benefit Health In Retirement? Exploring Humor as a Moderator. **Europe's Journal of Psychology**, v.6, n.3, p. 122-148, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/e676422011-007>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

FRY, W. F. The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. **Journal of American Medical Association**, v.267, p.1857-1858, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.267.13.1857>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

FÜHR, M. Coping humor in early adolescence. **Humor**, v.15, n.3, p.283-304, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/humr.2002.016>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

HELVIK, A-S, *et al.*, Hearing impairment, sense of humour and communication strategies. **Scandinavian Journal of Disability Research**, v.9, n.1, p.1-13, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15017410600687073>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

IRIGARAY, H. A. R.; SARAIVA, L. A. S.; CARRIERI, A. P. Humor e discriminação por orientação sexual no ambiente organizacional. **Revista de Administração Contemporânea**,

v.14, n.5, p. 890-906, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-65552010000500008>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

JOHNSON, M., *et al.*, **NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care**. Elsevier/Mosby, 2012.

JOHNSON, P. The Use of Humor and Its Influences on Spirituality and Coping in Breast Cancer Survivors. **Oncology Nursing Forum**, v.29, n.4, p. 691-695, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/02.ONF.691-695>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

JOSÉ, H. M.G. **Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros**. Lusociência, 2002.

JOSÉ, H. M.G. Humor: que papel na saúde? Uma revisão literatura. **Pensar Enfermagem**, v.10, n.2, p.2-18, 2006.

JOSÉ, H. M.G. (2008). **Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros**. Universidade de Lisboa. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/1843>

JOSÉ, H. M.G. **Resposta humana ao humor: humor como resposta humana**, Lusociência, 2010.

KAZARIAN, S. S.; MARTIN, R. A. Humor styles, culture-related personality, well-being, and family adjustment among Armenians in Lebanon. **Humor**, v.19, n.4, p.405-423, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/humor.2006.020>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

KUIPER, N. A.; HARRIS, A. L. Humor styles and negative affect as predictors of different components of physical health. **Europe's Journal of Psychology**, v.5, n.1, p.2-18, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/e676842011-003>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

LOTHANE, Z. The Uses of Humor in Life, Neurosis and in Psychotherapy: Part 1. **International Forum of Psychoanalysis**, v.17, n.3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08037060701549853>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

MACEDO, M. A, *et al.*, Benefits of laughter-inducing and humor nursing interventions in people undergoing haemodialysis. **Journal Aging and Innovation**, v.8, n.3, p.4-20, 2019. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1JAIV8E3.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

MARTIN, R. A., *et al.*, Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. **Journal of research in personality**, v.37, n.1, p. 48-75, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000100011>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

MERZ, E.L., *et al.*, A longitudinal analysis of humor coping and quality of life in systemic sclerosis. **Psychology, Health & Medicine**, v.14, n.5, p. 553-566, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548500903111798>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

MORAN, C.C.; HUGHES, L. P. Coping with stress: Social work students and humour. **Social Work Education**, v.25, n.5, p. 501-517, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02615470600738890>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

NUNES, I.R.; JOSÉ, H.; CAPELAS, M. L. Grieving with humor: a correlational study on sense of humor and professional grief in palliative care nurses. **Holistic Nursing Practice**, 2018, 32.2: 98-106, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000255>. Acesso em:

12 Mai. 2020.

OLIFFE, J. L., *et al.*, Connecting humor, health, and masculinities at prostate cancer support groups. **Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer**, v.18, n.9, p. 916-926, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.1415> Acesso em: 12 Mai. 2020.

PETZÄLL, K.; OLSSON, H. Subjective well-being in old age: A Swedish interventional study. **Vård i Norden**, v.27, n.4, p. 9-13, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/010740830702700403>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

ROBINSON, J. Laughter and forgetting: using focus groups to discuss smoking and motherhood in low-income areas in the UK. **International Journal of Qualitative Studies in Education**, v.22, n.3, p.263-278, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09518390902835421>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

SANTOS, C.M., *et al.*, A Intervenção Humor em Enfermagem num Serviço de Ortopedia: Estratégias e Benefícios. **Revista Investigação em Enfermagem**, série 2, n. 16, 36-44, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/2623>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

SAVAGE, L.S.; CANODY, C. Life with a left ventricular assist device: the patient's perspective. **American Journal of Critical Care**, v.8, n.5, p. 340-3, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc1999.8.5.340>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

SHELDON, L.M. An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v24, n.6, p.1175-1183, 1996. Disponível

em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01023.x>.
Acesso em: 12 Mai. 2020.

SOUSA, L.MM; JOSÉ, H. MG. Benefícios do humor na saúde
Revisão Sistemática da Literatura. **Enformação**, n.7, p.22-32,
2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10884/992>. Acesso
em: 12 Mai. 2020.

SOUSA, L. M.M., *et al.*, Fatores explicativos da apreciação de
filmes cômicos em pessoas com doença renal crônica.
Revista Investigação em Enfermagem, Série 2, n.15, p. 49-
55, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/2622>.
Acesso em: 12 Mai. 2020.

SOUSA, L. M. M. *et al.*, Emploi de l'humour dans la relation
infirmier/personne malade:une revue de la littérature et
synthèse. **Revue francophone internationale de recherche
infirmière**, v. 4, n. 1, 1 mar. 2018. 30-38. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.07.011>. Acesso em: 12
Mai. 2020.

SOUSA, L. M. M. *et al.*, Humor intervention in the nurse-
patient interaction. **Revista brasileira de enfermagem**,
Brasília, Brasil, v. 72, n. 4, p. 1078-1085, 19 ago. 2019a.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

SOUSA, L. M.M., *et al.*, Visualização de filmes humorísticos:
repercussão na qualidade de vida na pessoa com doença
renal crônica. In MISSIAS-MOREIRA, R. *et al.*, (Org).
**Qualidade de vida e saúde em uma perspectiva
interdisciplinar** - Volume 6. Curitiba: Editora CRV. 2019b, p.
31-40.

SOUSA, L.M.M., *et al.*, Effect of humor intervention on well-
being, depression, and sense of humor in hemodialysis
patients. **Enfermería Nefrológica**, v.22, n.3, p.256-265,
2019c. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 12 Mai. 2020.

SUMNERS, A. D. Professional nurses' attitudes towards humour. **Journal of Advanced Nursing**, v.15, n.2, p. 196-200, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01802.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

THORNTON, J; WHITE, A. A Heideggerian investigation into the lived experience of humour by nurses in an intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.15, n.5, p. 266-278, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1054/iccn.1999.1448>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

TSE, M.MY, *et al.*, Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. **Journal of aging research**, v.2010, p.1-9, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4061/2010/343574>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

UEKERMANN, J., *et al.*, Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. **Addiction**, v.102, n.2, p. 232-240, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01656.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

WEAR, Delese, *et al.*, Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors.. **Medical education**, v.43, n.1, p. 34-41, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03171.x>. Acesso em: 12 Mai. 2020.

CAPÍTULO 13

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA REALIDADE

Aline Alcântara Pimenta

Sergio Valverde Marques dos Santos

Adriana Mafra Brienza

Julia Trevisan Martins

Yolanda Dora Martinez Évora

Eugenia Velludo Veiga

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

1. INTRODUÇÃO

As alterações no perfil de saúde da população têm grande impacto e constituem desafios importantes para os serviços de saúde. Na rede pública tem-se, como porta de entrada e como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizada por ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede, ofertando ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde (BRASIL, 2017). A atuação do enfermeiro na APS no Brasil vem se constituindo um instrumento de mudanças

nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas, sobretudo, na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida. A enfermagem é uma profissão que realiza uma prática profissional socialmente relevante, historicamente determinada e compõe um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe, no contexto político e social do setor saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Um dos instrumentos utilizados pela enfermagem para a reorganização das práticas do atendimento é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (BATISTA, 2017), a qual se constitui em todo conteúdo/ação que organize o trabalho profissional do enfermeiro, com base teórico-filosófica, que possibilite a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (SILVA, 2017). Este é composto de etapas inter-relacionadas e constitui “uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio

clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções” (COREN, 2015).

Nos serviços de saúde, em todos os seus níveis, a SAE tem demonstrado potencialidades e dificuldades para a sua implantação e implementação, incluindo-se nos ambientes da APS. Enfermeiros citam os seguintes obstáculos: a falta de tempo, a grande demanda de usuários, o acúmulo de funções, o pouco tempo para o atendimento dos pacientes, a ausência de educação permanente, a falta de recursos humanos, de recursos materiais, de apoio institucional e gerencial que influenciam, diretamente, na operacionalização dessa metodologia da assistência (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018), entre outros.

Ainda, nesse contexto, são mencionados entre os elementos dificultadores para a implantação da SAE, a pouca participação das equipes, a reduzida vontade política para implantá-la, a insuficiência de preparo técnico-científico do profissional, as inadequadas condições institucionais, a falta de conscientização sobre a importância dessa metodologia de atendimento, a sobrecarga de trabalho, a ausência de materiais, a falta de formulários e protocolos adequados, os registros

incompletos e a falta de tempo para realizar esta atividade (VICHNEWSKI *et al.*, 2018), entre outros.

Ações na prática clínica do enfermeiro da APS estão focadas na integralidade do cuidado, na longitudinalidade e na melhoria da qualidade da atenção à saúde dos indivíduos, que se destacam, principalmente, por meio da sistematização da assistência nas consultas de enfermagem, momento este em que o enfermeiro está em interação direta com o indivíduo.

Ao desenvolver a sistematização da assistência nas consultas de enfermagem, os enfermeiros da APS deparam-se com desafios para a realização da prática clínica, como o atendimento à demanda espontânea, resolutividade da situação apresentada, sobrecarga dos profissionais em virtude de longas filas de espera dos usuários para esse atendimento e dificuldades para o desenvolvimento pleno do exame físico, o que evidencia a necessidade de fortalecimento da prática clínica do enfermeiro neste cenário (KAHL, 2018).

Desse modo, objetivou-se nesta pesquisa identificar se o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde conhece e utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem.

2. MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um município do Sul do Estado de Minas Gerais, Brasil, com os enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF).

A APS no momento da pesquisa, constituía-se por 22 ESF, cada uma composta por uma equipe mínima formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um recepcionista e 6 agentes comunitários de saúde. A população adstrita a cada ESF era, em média, 3500 pessoas, perfazendo uma cobertura de 63,45 % da população total do município. A justificativa da escolha do município, como local de estudo, sustenta-se pela sua cobertura populacional pela ESF, significativa presença de enfermeiros na constituição das equipes das ESF e local de residência da primeira autora desse estudo, enfermeira que trabalha na APS.

Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios: enfermeiros que trabalhavam nas ESF, com mais de três meses de trabalho nesse Programa. Foram excluídos os que estavam de licenças/afastamentos de saúde, maternidade ou férias; a primeira autora deste estudo e os gestores ou os que não atuavam na assistência direta. Desta forma, respeitando-se esses

critérios, a amostra da presente investigação constituiu-se por 22 profissionais de enfermagem.

Neste estudo foi realizada a aplicação de questionário estruturado previamente validado por Ribeiro (2015), que autorizou a sua utilização; esse instrumento denomina-se “Diagnóstico Situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem”. O questionário é composto de sete domínios e 66 questões, organizado em três partes: **Parte 1** - Caracterização do participante. **Parte 2** - Percepção individual de SAE/PE nos aspectos conhecimento, dificultadores, benefícios e facilitadores. **Parte 3** - Percepção individual sobre a situação da SAE e do PE na unidade de trabalho do participante (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Em sua segunda e terceira parte, o questionário, é composto por uma escala tipo Likert, criada pelo psicólogo norte-americano Rensis Likert (LIKERT, 1932), na qual o entrevistado avalia as afirmativas que expressavam seu ponto de vista sobre uma determinada afirmativa, assinalando uma opção numa escala de valores de 1 a 5, conforme seu grau de concordância. Na segunda parte do questionário, as opções de resposta são: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Estou em dúvida; 4 – Concordo e 5 – Concordo totalmente. Na terceira parte, as

opções de resposta foram: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes e 5 – Sempre (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018). A coleta de dados aconteceu em março 2019, com os enfermeiros que atuavam nas ESF do referido município. Foi apresentado ao profissional de enfermagem a proposta da pesquisa, pela primeira autora deste estudo e solicitada a sua colaboração voluntária. Após a sua manifestação do interesse e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi-lhe entregue o questionário, que foi devolvido depois de preenchido pelo entrevistado.

Após a coleta, os dados foram codificados e digitados em um banco de dados, criado especificamente para tal e foi utilizado, para a análise estatística descritiva, o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0.

Este estudo seguiu todas as diretrizes ético-legais, sendo aprovado e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior da Universidade de São Paulo, de acordo com as normatizações brasileiras.

3. RESULTADOS

Buscou-se identificar o conhecimento e a aplicabilidade da SAE e do PE na APS do município, por meio da aplicação de um questionário, para ter-se conhecimento da realidade vivenciada pelos 22 profissionais de enfermagem participantes.

Os dados obtidos estão apresentados nas tabelas, mostradas na sequência. Na Tabela 1 é apresentada a sua distribuição de acordo com algumas variáveis de caracterização dessas pessoas.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de acordo com as variáveis: “sexo”, “faixa etária”, “escolaridade”, “tempo de formação” e “tempo de admissão”. Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=22).

Variáveis	F	%
Sexo		
Masculino	2	9,1
Feminino	20	90,9
Total	22	100,0
Faixa Etária (anos)		
30 a 39	11	50
40 a 49	9	40,9
50 ou mais	2	9,1
Total	22	100,0
Escolaridade		
Nível Médio	0	0
Nível Superior	6	27,3
Pós-Graduação	16	72,7

Total	22	100,0
Tempo de Formação (anos)		
10 a 19	18	81,9
20 a 29	3	13,6
30 ou mais	1	4,5
Total	22	100,0
Tempo de Admissão (anos)		
1 a 4	9	40,9
5 a 9	2	9,1
10 a 14	7	31,8
15 a 19	4	18,2
20 ou mais	0	0
Total	22	100

Fonte: Elaboração dos autores.

A Tabela 2 apresenta algumas variáveis referentes à percepção da SAE e do PE; neste domínio, buscou-se analisar os conceitos que os enfermeiros apresentavam sobre ambos.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de acordo com as respostas sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE). Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=22).

Afirmativas		Respostas	F	%
1	Não sei o que é SAE e PE	(1) Discordo totalmente	8	36,4
		(2) Discordo	10	45,5
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	1	4,5
		(5) Concordo totalmente	0	0

2	Tenho dificuldade para entender o que é SAE e PE	(1) Discordo totalmente	4	18,2
		(2) Discordo	7	31,8
		(3) Estou em dúvida	4	18,2
		(4) Concordo	7	31,8
		(5) Concordo totalmente	0	0
3	A SAE auxilia o planejamento e a organização da assistência	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	2	9,1
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	11	50
		(5) Concordo totalmente	7	31,8
4	A SAE é um instrumento mais amplo que o PE	(1) Discordo totalmente	1	4,5
		(2) Discordo	3	13,6
		(3) Estou em dúvida	10	45,5
		(4) Concordo	6	27,3
		(5) Concordo totalmente	2	9,1
5	O registro das fases do PE é exigência legal	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	0	0
		(3) Estou em dúvida	11	50,0
		(4) Concordo	10	45,5
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
6	O PE é composto por cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de	(1) Discordo totalmente	1	4,5
		(2) Discordo	1	4,5
		(3) Estou em dúvida	5	22,7
		(4) Concordo	11	50,0

	enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem	(5) Concordo totalmente	4	18,2
		(1) Discordo totalmente	0	0
7	Cabem privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico e a Prescrição de Enfermagem	(2) Discordo	3	13,6
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	9	40,9
		(5) Concordo totalmente	7	31,8
		(1) Discordo totalmente	1	4,5
8	A SAE ajuda a tornar a prática de enfermagem visível	(2) Discordo	1	4,5
		(3) Estou em dúvida	0	0
		(4) Concordo	17	77,3
		(5) Concordo totalmente	3	13,6
		(1) Discordo totalmente	0	0
9	Um dos motivos que dificultam o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações	(2) Discordo	1	4,5
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	13	59,1
		(5) Concordo totalmente	6	27,3
		(1) Discordo totalmente	1	4,5
10	O PE tem como objetivo descrever de maneira padronizada a assistência de enfermagem prestada	(2) Discordo	3	13,6
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	12	54,5
		(5) Concordo totalmente	3	13,6
		(1) Discordo totalmente	3	13,6
	A Consulta de Enfermagem realizada nas unidades básicas de	(2) Discordo	7	31,8

11	saúde e ambulatorios é considerada a mesma coisa que PE	(3) Estou em dúvida	9	40,9
		(4) Concordo	2	9,1
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
12	Os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da execução do PE	(1) Discordo totalmente	1	4,5
		(2) Discordo	7	3,8
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	8	36,4

Fonte: Elaboração dos autores.

Na sequência (Tabela 3) estão mostradas algumas variáveis referentes à percepção dos enfermeiros quanto à sua capacitação sobre a SAE e o PE, buscando identificar se esses temas foram apresentados na sua formação profissional e se eles se reconheciam como capacitados para a utilização dessas ferramentas.

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de acordo com as respostas referentes à capacitação sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE). Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=22).

Afirmativas		Respostas	f	%
13	A formação acadêmica ensina de modo satisfatório sobre SAE e PE	(1) Discordo totalmente	7	31,8
		(2) Discordo	12	54,5
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	0	0
		(5) Concordo	1	4,5

		totalmente	
14	A formação acadêmica prepara o profissional para a realização da SAE no contexto da atenção primária	(1) Discordo totalmente	9 40,9
		(2) Discordo	9 40,9
		(3) Estou em dúvida	2 9,1
		(4) Concordo	1 4,5
		(5) Concordo totalmente	1 4,5
15	A educação permanente facilita a implantação da SAE	(1) Discordo totalmente	0 0
		(2) Discordo	1 4,5
		(3) Estou em dúvida	4 18,2
		(4) Concordo	8 36,4
		(5) Concordo totalmente	9 40,9
17	Tenho conhecimento para realizar a parte que me cabe como profissional na efetivação da SAE e do PE	(1) Discordo totalmente	2 9,1
		(2) Discordo	2 9,1
		(3) Estou em dúvida	12 54,5
		(4) Concordo	5 22,7
		(5) Concordo totalmente	1 4,5
18	Preciso de capacitação para implantar a SAE e realizar o PE na prática	(1) Discordo totalmente	0 0
		(2) Discordo	0 0
		(3) Estou em dúvida	2 9,1
		(4) Concordo	10 45,5
		(5) Concordo totalmente	10 45,5

Fonte: Elaboração dos autores.

As dificuldades reconhecidas para a implantação da SAE e para a realização do PE são mostradas a seguir.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de acordo com as respostas sobre as dificuldades na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na realização do Processo de Enfermagem (PE) na sua unidade. Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=22).

Afirmativas		Respostas	f	%
19	Não acho que exista dificuldades para a implementação da SAE/PE	(1) Discordo totalmente	3	13,6
		(2) Discordo	14	63,6
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	3	13,6
		(5) Concordo totalmente	0	0
20	A pressão da demanda, com excesso de pacientes é um dificultador para a realização do PE	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	0	0
		(3) Estou em dúvida	1	4,5
		(4) Concordo	13	59,1
		(5) Concordo totalmente	8	36,4
21	Não há oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE por parte da instituição	(1) Discordo totalmente	2	9,1
		(2) Discordo	0	0
		(3) Estou em dúvida	0	0
		(4) Concordo	14	63,6
		(5) Concordo totalmente	6	27,3
22	As interrupções por parte da equipe no momento da consulta de enfermagem prejudicam o desenvolvimento do PE	(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	2	9,1
		(3) Estou em dúvida	1	4,5
		(4) Concordo	12	54,5
		(5) Concordo totalmente	7	31,8

23	Uma das dificuldades de implementar a SAE/PE decorre da ausência de consultórios disponíveis para os enfermeiros	(1) Discordo totalmente	2	9,1
		(2) Discordo	10	45,5
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	7	31,8
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
24	Os enfermeiros não sabem fazer o PE e/ou não buscam se aprimorar	(1) Discordo totalmente	2	9,1
		(2) Discordo	6	27,3
		(3) Estou em dúvida	5	22,7
		(4) Concordo	8	36,4
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
25	A baixa complexidade dos pacientes torna a SAE/PE dispensável na atenção básica	(1) Discordo totalmente	7	31,8
		(2) Discordo	10	45,5
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	1	4,5
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
26	Os profissionais de saúde não valorizam a consulta de enfermagem, pois a assistência é focada no médico	(1) Discordo totalmente	3	13,6
		(2) Discordo	4	18,2
		(3) Estou em dúvida	0	0
		(4) Concordo	10	45,5
		(5) Concordo totalmente	5	22,7
27	A população não valoriza a consulta de enfermagem, exige apenas atendimento do médico	(1) Discordo totalmente	1	4,5
		(2) Discordo	3	13,6
		(3) Estou em dúvida	1	4,5
		(4) Concordo	14	63,6

		(5) Concordo totalmente	3	13,6
		(1) Discordo totalmente	0	0
		(2) Discordo	5	22,7
28	A instituição não oferece estrutura adequada para a realização da SAE/PE	(3) Estou em dúvida	5	22,7
		(4) Concordo	10	45,5
		(5) Concordo totalmente	2	9,1
		(1) Discordo totalmente	1	4,5
29	A indefinição do papel do enfermeiro e da extensão de sua autonomia e responsabilidades é um dificultador para a realização da SAE/PE	(2) Discordo	4	18,2
		(3) Estou em dúvida	2	9,1
		(4) Concordo	12	54,5
		(5) Concordo totalmente	3	13,6
		(1) Discordo totalmente	1	4,5
30	Os enfermeiros têm pouca familiaridade com as nomenclaturas existentes relativas à SAE/PE	(2) Discordo	4	18,2
		(3) Estou em dúvida	4	18,2
		(4) Concordo	12	54,5
		(5) Concordo totalmente	1	4,5
		(1) Discordo totalmente	1	4,5
31	A inexistência de um guia, em papel, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é um dificultador para a realização do PE	(2) Discordo	4	18,2
		(3) Estou em dúvida	3	13,6
		(4) Concordo	11	50
		(5) Concordo totalmente	3	13,6

Fonte: Elaboração dos autores.

A Tabela 5 mostra a percepção dos enfermeiros quanto à sua atuação profissional individual, em relação ao PE na unidade de saúde onde trabalha.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de acordo com sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao Processo de Enfermagem. Município do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019 (n=22).

Afirmativas	Nunca %	Raramente %	Algumas Vezes %	Muitas Vezes %	Sempre %
Realizo coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem	4,5	4,5	40,9	27,3	22,7
Sigo as prescrições de enfermagem e checo as ações realizadas	31,8	9,1	31,8	13,6	13,6
Avalio o cuidado prestado	4,5	4,5	18,2	36,4	36,4
Registro no prontuário do paciente todas as etapas que executo	4,5	13,6	22,7	36,4	22,7
Prescrevo os cuidados para todos os pacientes	36,4	9,1	36,4	18,2	0,0
Faço o diagnóstico de enfermagem	36,4	22,7	27,3	13,6	0,0
Utilizo os diagnósticos de enfermagem baseados na nomenclatura	59,1	36,4	4,5	0,0	0,0

NANDA*					
Utilizo os diagnósticos baseados na nomenclatura CIPE	59,1	22,7	13,6	0,0	4,5
Utilizo-os diagnósticos baseados na nomenclatura CIPESC	72,7	22,7	0,0	4,5	0,0
Utilizo uma nomenclatura não padronizada para elaboração de diagnósticos de enfermagem	59,1	9,1	27,3	4,5	0,0

Fonte: Legenda: NANDA - Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem; CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem; CIPESC - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Fonte: Elaboração dos autores.

4. DISCUSSÃO

Sabe-se que quando a SAE é implantada nos serviços de saúde propicia visibilidade ao trabalho dos profissionais de enfermagem com ela envolvidos e, também, favorece o reconhecimento, pelos demais membros da equipe de saúde, familiares e clientela assistida com o trabalho desenvolvido (GONÇALVES *et al.*, 2007). Entretanto, no presente estudo, constatou-se que a sua implantação encontra certas dificuldades.

O questionário aplicado aos 22 enfermeiros participantes do estudo mostrou que, com relação aos aspectos sociodemográficos, a maioria é do sexo feminino (90,9 %-20), metade encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos (50 %-11), possui pós-graduação (72,7 % - 16), com o tempo de formação entre 10 a 19 anos (81,9 % - 18) e o tempo de admissão na instituição entre 1 a 4 anos (40,9 %-9) (Tabela 1).

Esses dados são assemelhados à realidade da enfermagem, em âmbito nacional, pois a expressiva maioria dos profissionais desta profissão são mulheres. Estudo realizado por Almeida *et al.*, (2019) evidenciou que de uma amostra composta de 226 enfermeiros, 87,6 % (198) eram do sexo feminino, com idade variando entre 25 e 68 anos, 67,7 % (153); 70,4 % (159) possuíam título de especialização, o tempo de trabalho na instituição variou de menos de 1 a 36 anos, enquanto o tempo na unidade de trabalho foi menor que 1 a 30 anos. O fenômeno da profissão ser intensamente feminina é amplamente confirmado em outras pesquisas que envolvem esses profissionais (Schmidt, Dantas, Marziale, 2011; Antonio *et al.*, 2014; Rios, Barbosa, Belasco, 2010). Assemelhados aos resultados encontrados na presente investigação, estudos também mostram que muitos dos profissionais de enfermagem

investigados são relativamente jovens (Oliveira e Lopes, 2017; Notaro *et al.*, 2019).

Em relação aos dados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), encontrou-se que 81,9 % dos enfermeiros referiram saber o que é SAE e o PE, 50 % afirmaram não apresentar dificuldade para entender ambos os conceitos, porém, questionados se a SAE é um instrumento mais amplo que o PE e se cabe privativamente, ao enfermeiro o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, a maioria dos entrevistados demonstrou ter dúvidas. Em outros momentos do questionário os enfermeiros (54,5 %) consideraram que possuem conhecimentos insuficientes para realizar a SAE e o PE e, a grande maioria (91 %), referiu precisar de capacitação para implantar a SAE.

A questão do conhecimento incipiente também foi identificada em São Paulo, mostrando que há uma lacuna entre a formação e a prática dos profissionais de enfermagem. (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018). Situação semelhante aconteceu com enfermeiras participantes de pesquisa sobre a SAE no Rio Grande do Sul, que relataram não ter obtido embasamento suficiente a respeito da operacionalização da SAE durante o seu processo de formação (COGO *et al.*, 2012).

Com relação ao fato da Sistematização ajudar a tornar a prática de enfermagem visível, 90,9 % concordam e 86,4 % referem que um dos motivos que dificulta o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a falta de uma linguagem universal padronizada para o registro de suas ações. Essa ideia também é compartilhada por BORGES BITTAR; PEREIRA; LEMOS (2006) que consideram a SAE relevante para a prática profissional da enfermagem, constatando a necessidade de capacitar-se melhor os profissionais para sua execução, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis à cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado aos clientes.

A questão da necessidade de uma padronização também é lembrada por COGO *et al.*, (2012), para quem a padronizar pressupõe a utilizar um conjunto de termos pré-estabelecidos que expressem situações do processo saúde/doença, que podem ser modificadas por intervenções e ações de enfermagem.

Quanto à capacitação sobre a SAE e o PE, com relação à formação acadêmica e o ensino sobre a SAE, 86,3 % dos participantes entendem que esses ensinamentos não são satisfatórios e 81,8 % referem que é insatisfatório no contexto da Atenção Primária. A maioria (77,3 %) concorda que a educação permanente facilita a implantação da SAE; 54,5 %

consideram que possuem conhecimentos insuficientes para realizar essa Sistematização e o PE e, a expressiva maioria (91 %), referiu precisar de capacitação para implantá-la.

Os cursos de graduação em enfermagem, bem como os de formação técnica representam etapas críticas para articular teoria e prática, a fim de preparar o aluno para a vida profissional, almejando não simplesmente o cumprimento de uma exigência legal, mas, sim buscando um salto de qualidade na assistência de enfermagem (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018). Em estudo realizado em Minas Gerais, sobre a percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional, percebeu-se uma desvinculação entre o conteúdo teórico e a prática ou a ocorrência de uma interação superficial dos mesmos (MOREIRA *et al.*, 2018).

As metodologias de ensino da SAE e do PE na formação dos profissionais de enfermagem deveriam ser revistas, conforme os níveis de competência requeridos, tanto na graduação quanto nos cursos de formação de auxiliares e técnicos (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018). Na realidade, para obter mudanças nos cenários da prática profissional de enfermagem é necessária a introdução de disciplinas que englobem a SAE nas graduações em enfermagem, ministradas por docentes envolvidos e que acreditam que a sua efetivação, na prática, vai muito além da teoria, permitindo

resultados satisfatórios, práticos e gratificantes para a enfermagem (COSTA; SILVA, 2018). No estado do Piauí, 28 discentes de enfermagem envolvidos no aprendizado da SAE valorizaram-na como instrumento metodológico necessário ao desempenho da prática profissional, ao aplicarem-na em uma maternidade pública (GONÇALVES *et al.*, 2007).

No que se refere às dificuldades na implementação da SAE e na realização do PE na APS, especificamente nas unidades de trabalho, os enfermeiros apresentaram os seguintes problemas: a pressão da demanda, o excesso de pacientes, as interrupções por parte da equipe no momento da consulta, a não oferta suficiente de capacitação sobre SAE/PE, a desvalorização da consulta de enfermagem por parte da equipe e da população, a indefinição do papel do enfermeiro, a pouca familiaridade com as nomenclaturas existentes relativas à SAE/PE e a inexistência de um guia impresso com os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. A maioria dos entrevistados acredita que a SAE traz benefícios aos pacientes, ao cuidado e aos processos de trabalho. Alguns benefícios citados foram: melhoria na qualidade da consulta e documentação, desenvolvimento do raciocínio clínico, aumento da autonomia do enfermeiro, individualização do cuidado e organização do processo de trabalho.

Sabe-se que a implantação dessa metodologia ainda é um desafio na maioria das instituições; entretanto, o reconhecimento de barreiras e facilitadores pode ser útil para o desenvolvimento de estratégias que objetivem maximizar a eficácia dessa implementação (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Apesar da SAE ser amplamente discutida no âmbito da formação e do exercício profissional, ainda é um procedimento desacreditado na sua prática, embora seja reconhecida como norteadora dos cuidados e exclusiva do enfermeiro (COSTA; SILVA, 2018).

Em São Paulo, enfermeiras reconheceram-na como essencial à sua autonomia profissional, além de produzir o reordenamento do trabalho em equipe; entretanto alegaram várias dificuldades para a sua implementação, como falta de tempo e deficiência de pessoal, entre outros motivos (BERSUSA, 2009).

No Piauí, ao ser implementada a SAE em uma maternidade local, apesar da resistência inicial dos profissionais de saúde à sua adoção, a Sistematização favoreceu o aprendizado do cuidado de enfermagem e a assistência oferecida à clientela e repercutiu na satisfação dos graduandos de enfermagem, das usuárias do serviço e dos familiares (GONÇALVES et al., 2007). Independente das dificuldades citadas, a maioria dos enfermeiros acredita que a

SAE traz benefícios aos pacientes, aos cuidados e aos processos de trabalho e são favoráveis à sua implantação, assim como no estudo realizado por Almeida *et al.*, (2019).

Segundo os participantes desta investigação, o conhecimento, a adoção de protocolos e de linguagem padronizada, os enfermeiros capacitados e envolvidos no trabalho, os recursos humanos adequados, os impressos com os diagnósticos, as prescrições e a implantação do prontuário eletrônico podem facilitar a implementação da SAE e a realização do PE.

Quanto a sua percepção referente à sua atuação profissional individual, em relação ao PE na unidade de saúde, 50 % dos enfermeiros referiram que nunca ou raramente utilizam o PE nas consultas de enfermagem. Com relação ao uso da SAE nas ações de enfermagem, 54,5 % responderam que nunca a utilizam. Quanto aos registros do PE no prontuário de forma completa, 40,9 % responderam que registram algumas vezes, 31,8 % raramente e 18,2 % nunca. Sobre a valorização da SAE e a checagem das prescrições, 63,6 % responderam que nunca a equipe valoriza e checa as prescrições. Quando perguntados sobre a participação da equipe na realização do PE, 50 % responderam que nunca participam. Outros fatores citados foram a falta de apoio institucional na realização da SAE/PE, pois 45,5 % acreditam

que nunca ocorre, 54,5 % responderam que existe deficiência nos recursos humanos e 50 % referiram que sempre são encontradas irregularidades nas fiscalizações do Conselho Regional de Enfermagem (Coren). Algumas dessas dificuldades assemelham-se aos estudos envolvendo a SAE realizados em São Paulo (BERSUSA, 2009), Rio Grande do Sul (COGO *et al.*, 2012) e Piauí (GONÇALVES *et al.*, 2007).

No Brasil a documentação do PE é uma exigência formal e deve ser registrada, em sua totalidade, pelos enfermeiros, para evidenciar a qualidade do cuidado. Estudo realizado em São Paulo com 43 instituições revelou que dos 416 setores estudados, quase a totalidade documenta pelo menos uma fase do PE, sendo que 24 (5,8 %) não fazem qualquer documentação, nem mesmo as anotações de enfermagem (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Com os resultados obtidos sobre a coleta de dados, em que 40,9 % dos entrevistados realizavam-na algumas vezes; as prescrições de enfermagem em que 36,4 % nunca prescreveram ou prescreveram-nas algumas vezes; a avaliação dos cuidados realizada por 36,4 %; o registro feito por 36,4 % dos enfermeiros e os Diagnóstico de Enfermagem que nunca são atribuídos por 36,4 % dos entrevistados, identificou-se que o PE é realizado de forma fragmentada e não na totalidade de suas fases. Suas fases

constituem-se nas bases para as ações do cuidado individualizado e humanizado. A prática de forma sistematizada melhora a qualidade da assistência e contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2011).

Com relação às nomenclaturas os enfermeiros responderam da seguinte forma: quanto a NANDA (59,1 %) nunca a utilizavam e igual percentual nunca usou a CIPE, a CIPESC nunca foi usada por 72,7 % dos profissionais e quanto às nomenclaturas não padronizadas, 59,1 % nunca as utilizaram.

Estudo realizado em hospital público de SP demonstrou que os enfermeiros que referiram não utilizar as classificações de Enfermagem, 1,8 % (4) justificaram que não o fazem porque as desconhecem; 14,6 % (33) não as consideram úteis; 3,1 % (7) acreditam que não possuem tempo para seu uso; 2,2 % (5) consideram-nas de difícil utilização; 3,5 % (8) afirmaram que o conteúdo das classificações não contempla a realidade dos pacientes atendidos, e 6,2 % (14) relataram outros motivos (ALMEIDA *et al.*, 2019).

O estudo apresentou limitações pois contou com um número reduzido de enfermeiros participantes, já que se

tratava de um município interiorano de Minas Gerais; nesse sentido, trata-se de uma realidade local e considera-se não recomendável a generalização dos dados. Entretanto contribui para o aumento do conhecimento, pois se trata de um dos poucos estudos encontrados que aborda a SAE e o PE na APS.

5. CONCLUSÃO

Teve-se como objetivo identificar se o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde conhece e utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem. O estudo foi descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um município do Sul de Minas Gerais, Brasil, com 22 enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família, por meio da utilização de questionário estruturado. Apesar de informarem possuir conhecimentos sobre a SAE e o PE, os enfermeiros apresentam dificuldades para o seu uso na prática profissional.

Estudos futuros são sugeridos, com o objetivo de propor programas de sensibilização e capacitação desses profissionais, a fim de facilitar esse processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. P. *et al.*, Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03483, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100459&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ANTONIO MCR, CANDIDO MCFS, CONTRERA L, DUARTESJH, FUREGATO ARF, PONTES ERJC. Alterações de saúde e sintomas sugestivos de depressão entre trabalhadores da enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enferm. Foco** 2014; 5(1/2): 4-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/595/265>

AZEVEDO, O. A. *et al.*, Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03471, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100458&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2019.

BATISTA, L. **Elaboração de um roteiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção a gestante: proposta de utilização da CIPESC. 2017.** 179f. Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Ribeirão Preto, 2017.

BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Qualificando para a assistência de enfermagem: projeto “Tecendo a SAE” em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, p. 61-66, nov 2009.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis v. 15, n. 4, p. 617-628, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400010>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 28 nov. 2019.

COGO, Elisangela; GEHLEN, Maria Helena; ILHA, Silomar; ZAMBERLAN, Claudia; Barbosa de Freitas, Hilda Maria; STEIN BACKES, Dirce. Sistematização da assistência de enfermagem no cenário hospitalar: percepção dos enfermeiros **Cogitare Enfermagem**, vol. 17, núm. 3, julho-septiembre, 2012, pp. 513-518

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP. **Principais legislações para o serviço da enfermagem**. 3.ed. COREN. 2015. 183 P.

COSTA, A. C.; SILVA, J. V. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista Enfermagem Referencia**, Coimbra, v. serIV, n. 16, p. 139-146, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 704-709, 2018. (suplemento1).

GONÇALVES, L.R; Ribeiro; NERY, I.S.; NOGUEIRA, L.T.; BONFIM, E.G. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Esc Anna Nery R Enferm**, 2007, set; 11 (3): 459 – 65.l

KAHL, Carolina *et al.*, Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e 03327, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100415&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2020. Epub May 24, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017025503327>.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. n. 140, p. 44-53, 1932.

MOREIRA, L. R. *et al.*, Percepção do enfermeiro acerca da formação acadêmica para o exercício profissional. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 34-50, 2018.

NOTARO KAM, MANZO BF, CORRÊA AR, TOMAZONI A, ROCHA PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27:e3167. Acesso 10 out. 2019. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>.

OLIVEIRA, TS; LOPES, AOS. O Enfermeiro e sua atuação na Gerência das Unidades Básicas de Saúde no Interior da Bahia. **Id onLine Rev. Psic.** v.10, n.33, 2017. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v10i33.604> . Acesso 21 June 2020.

RIBEIRO, G. C. **Diagnóstico situacional da Sistematização da Assistência de Enfermagem de uma unidade básica de saúde de Campinas – SP**. 2015. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo**, v. 52, e03375, 2018.

RIOS, KÁTIA ASSALVI; BARBOSA, DULCE APARECIDA; BELASCO, ANGÉLICA GONÇALVES SILVA. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 413-420, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300017>.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 487-493, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200026&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>.

SILVA, M. C. N. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016.

VASCONCELOS, C. P. *et al.*, Nurses' knowledge about Systematization. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, n. 1, p. 10-19, 2011.

VICHNEWSKI, E. M. *et al.*, Elementos facilitadores e dificultadores para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Ibero americana de Educação e Investigação em Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 42-53, 2018.

CAPÍTULO 14

ALTERAÇÕES VISUAIS NO ENVELHECIMENTO - ENSINO BASEADO EM CENÁRIO DE SIMULAÇÃO

Tatiana Dias de Carvalho Cordeiro
Francine Golghetto Casemiro
Jack Roberto Silva Fhon
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

1. INTRODUÇÃO

A simulação é uma técnica utilizada como estratégia de ensino que tem a finalidade de proporcionar às pessoas a oportunidade da prática, do aprender, da avaliação e entendimento de experiências representativas de uma situação real (COSTA *et al.*, 2015).

Trata-se de uma metodologia ativa, ou seja, método de ensino-aprendizagem, cuja utilização vem ocorrendo na formação/capacitação de profissionais de saúde direcionado à integração de saberes e promoção de uma atitude crítica/reflexiva sobre a prática através do Ensino Baseado em Tarefas num cenário de prática controlado e protegido, realizado em diversos tipos de autenticidade, competência e complexidade. (LIMA, 2017; IGLESIAS, PAZIN-FILHO, 2015).

A simulação proporciona ao estudante um papel ativo, já que se configura como um processo dinâmico de

ensino aprendizagem pelo seu envolvimento numa situação hipotética, mas representativa de uma realidade, possibilitando assim uma vivência antecipada de situações que poderão ocorrer em seu exercício profissional, promovendo seu reconhecimento e instrumentalizando-o para a tomada de decisão (BLAND, TOPPING, WOOD, 2011; COSTA *et al.*, 2016).

Ela permite ao estudante a repetição da tarefa e o feedback de seu desempenho de forma adequada e sistematizada, proporcionando o exercício e fortalecimento de habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, assim como um conjunto de atos, para o desenvolvimento de tarefas num certo contexto (IGLESIAS, PAZIN-FILHO, 2015).

Dependendo da finalidade educacional, os simuladores podem ser de diversos tipos como: de baixa, moderada ou de alta fidelidade, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons ou imagens. Os simuladores de baixa fidelidade são caracterizados como os simuladores estáticos, menos realísticos e usados para procedimentos específicos, como exemplo, os manequins de espuma usados para a prática de injeção intramuscular. Os simuladores de moderada fidelidade são mais realísticos, pois podem oferecer ausculta de sons

respiratórios, cardíacos, pulsação, ou a identificação de diferentes diagnósticos.

Os simuladores de alta fidelidade são manequins extremamente realísticos, pois muitos possuem movimentação torácica, olhos funcionais que piscam e reagem com a luz, sons cardíacos, pulmonares, gastrointestinais e vocais, apresentam sangramentos e secreções e reagem de acordo com as intervenções realizados pelos estudantes (SEROPIAN *et al.*, 2004). A fidelidade ou complexidade do cenário a ser vivenciado está relacionado à proximidade de reprodução da realidade, assim como à complexidade de situações envolvidas e ao trabalho em equipe (MAZZO *et al.*, 2018).

Para a realização da simulação é preciso haver um planejamento, no qual estão incluídos o tipo de simulador, a delimitação estrutural (fases da simulação), representação de um evento real, preparação do instrutor, do conteúdo, local e material, considerando a maturidade do grupo que vivenciará o cenário, assim como os recursos disponíveis e competências e habilidades almejadas (QUILICI *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2016).

Os estudantes de enfermagem, especialmente os iniciantes, precisam da oportunidade de aplicar os conceitos aprendidos e compreender o processo de

envelhecimento na pessoa. Ainda é um desafio entender a complexidade deste fenômeno do envelhecimento por um conjunto de fatores tais como: carência de marcadores biológicos confiáveis e a sua própria natureza. Ele se dá pelo declínio funcional que tende a ser linear em função do tempo (PAPALÉO NETO, 2007; TEIXEIRA, GUARIENTO, 2010).

Simultaneamente há alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas, não ocorrendo necessariamente no mesmo ritmo e intensidade, causando assim perdas de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam de forma progressiva com o tempo (PAPALÉO NETO, 2007; TEIXEIRA, GUARIENTO, 2010). Apesar dos padrões de envelhecimento entre as pessoas serem semelhantes, o processo varia quanto ao tipo, proporção e grau de mudanças físicas, psicológicas e sociais entre os indivíduos. Essas diferenças também aparecem nos sistemas e órgãos do corpo em um mesmo indivíduo (ELIOPOULOS, 2011) causando o declínio nas funções sobretudo a sensorial.

A natureza da sensibilidade e o tipo de reação variam de acordo com o destino final da informação sensitiva no sistema nervoso central (TORTORA,

DERRICKSON, 2018). O olhar, ouvir, cheirar, provar, palpar são formas de explorar que tem sua importância no significado da vida. É por meio dos sentidos que se experimenta o mundo, percebendo os estímulos, interpretando-os e dando respostas a eles, fazendo-nos exercer nossa condição humana em plenitude (LIMA, 2007; PEDRÃO, 2017).

Sobre a visão, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), destaca que o comprometimento visual leva a implicações para o indivíduo, a família e a sociedade. O declínio desse sentido impacta diretamente na qualidade de vida desta população (VIGNESH *et al.*, 2019) uma vez que a visão auxilia no contato social e na independência, facilitando o gerenciamento de outras condições de saúde e ajuda a sustentar a saúde mental e os níveis de bem-estar.

Promover uma capacitação o mais próximo possível da realidade e das limitações do idoso favorece o bem-estar e a qualidade de vida dessas pessoas, uma vez que o entendimento das limitações ocasiona na manutenção da autonomia e independência do idoso. Além disso, o conhecimento e compreensão a respeito influenciam na conduta mais acertada, proporcionando a reabilitação, identificação precoce de doenças e previne agravamentos

psicológicos e físicos. A recuperação da funcionalidade sensorial, por menor que seja, afeta de forma importante a qualidade de vida. Saber lidar também com as influências emocionais que interferem na aceitação de perda, influencia na positividade do tratamento (ELIOPOULOS, 2011; PEDRÃO, 2017).

Para que o estudante ou profissional de enfermagem compreendam a importância da perda funcional da visão no idoso, uma das metodologias ativas que ajuda nesse entendimento é a simulação realística, ferramenta e método útil para o desenvolvimento de habilidades clínicas como a avaliação e decisão clínica necessária (QUILICI *et al.*, 2012).

Os cenários simulados disponibilizam aos estudantes explorar seu conhecimento, atitudes e habilidades em diferentes níveis de complexidade, os quais vão de acordo com as competências devidas à resolução do problema e à maior aproximação da realidade. Sua construção requer o delineamento dos objetivos, a elaboração da situação clínica e o planejamento dos recursos necessários, devendo ele passar por algumas etapas para ser trabalhado pelos profissionais.

Assim, a diversidade de cenários clínicos possibilita a exploração de experiências importantes a serem vividas

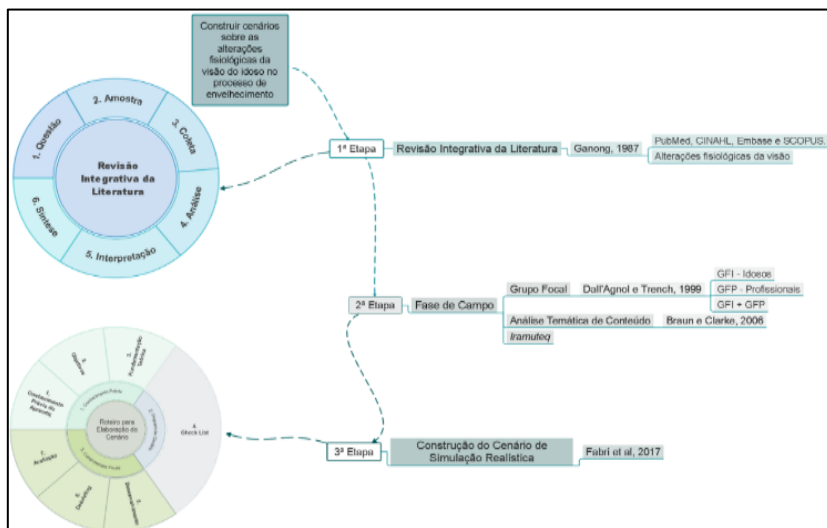
pelos estudantes, proporcionando maior autoconfiança, segurança e excelência no universo do cuidado. Nesse sentido o objetivo do estudo foi construir um cenário de simulação sobre as alterações fisiológicas da visão do idoso no processo de envelhecimento.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo metodológico e foi desenvolvido em três etapas. Para a construção do cenário, utilizou-se duas etapas anteriores, a Revisão da Literatura para avaliar a produção do conhecimento disponível na literatura. Utilizou-se o modelo de Ganong (1987), e foram percorridas seis etapas sendo:

a) Seleção das hipóteses ou questões de pesquisa; b) Definição da amostra da pesquisa a ser desenvolvida; c) Caracterização dos estudos e suas contribuições; d) Análise dos resultados: A análise dos dados; e) Interpretação dos resultados; f) Síntese e relato das evidências. Na segunda etapa utilizou-se o Grupo Focal (GF) como técnica de coleta de dados. A pesquisa de campo ocorreu em dois espaços: O Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) do município de João Pessoa/PB e o Instituto Paraibano do Envelhecimento.

Figura 1 - Etapas do estudo. João Pessoa, PB, 2019.

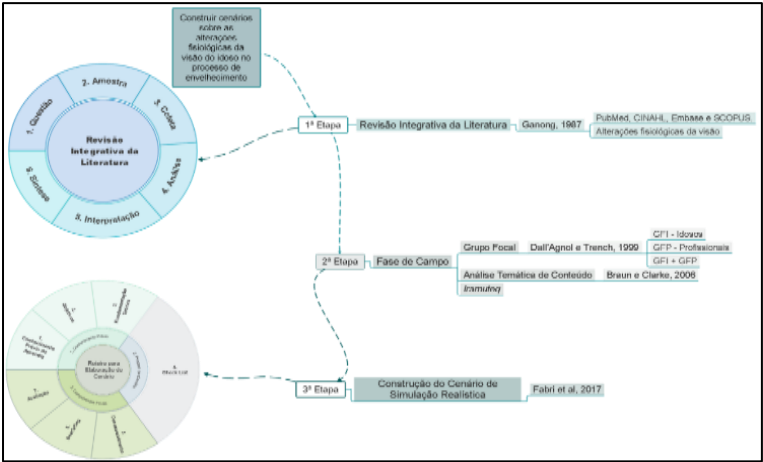


Fonte: Elaborada pelos autores e colaboradores, 2019.

Optou-se por utilizar dois grupos, o primeiro conformado por idosos e o segundo por profissionais. Os diálogos foram transcritos na íntegra para a organização dos dados e consequente análise segundo a técnica de Análise Temática Indutiva (BRAUM, CLARK, 2006) com auxílio do software *Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* (Iramuteq) (MARCHAND; RATINAUD, 2012). A análise da coleta de dados referente ao conhecimento disponível na literatura e a experiência dos idosos, enquanto vivenciando o envelhecimento e os profissionais especialistas em

gerontologia formaram a base de conhecimento para a construção do cenário de simulação, resultado apresentado no presente estudo (Figura 1).

Figura 2 - Etapas do estudo. João Pessoa, PB, 2019.



Fonte: Elaborada pelos autores e colaboradores, 2019.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado pela pesquisadora, segundo a Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, foi lido por um dos colaboradores com o acompanhamento por todos. Entregue em duas vias, uma ficou com a pesquisadora. Este estudo se deu conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa aprovado (Parecer 2.190.153 e CAAE 67103917.6.0000.5188).

3. TERCEIRA ETAPA – PROPOSTA DO CENÁRIO DE SIMULAÇÃO

Nesta etapa visa uma proposta de ensino direcionada aos estudantes que trabalham com idoso. Para o seu desenvolvimento foi associada a primeira e segunda etapa o que permitiu elaborar o cenário para uma simulação realística sobre o tema.

Para um planejamento adequado, cuja execução da atividade de simulação esteja coerente com o(s) objetivo(s) e o foco da aprendizagem, é importante a instrumentalização de forma a nortear a construção do cenário. Assim, na presente pesquisa optou-se em utilizar as etapas preconizadas por Fabri *et al.*, (2017) para simulação clínica (Quadro 1) o qual é composto por 7 itens que compõem a elaboração do cenário proposto e a seguir descrito.

Quadro 1 - Etapas do roteiro para o preparo do cenário, segundo Fabri *et al.*, (2017).

Conhecimento prévio ao cenário	
Conhecimento prévio do aprendiz	Pontos-chave de conteúdos relevantes já existentes na sua estrutura cognitiva.
Objetivos da Aprendizagem	Resultados pretendidos para o aprendizado.
Fundamentação teórica	Utiliza os melhores níveis de evidência disponíveis na

	literatura.
Preparo do cenário	
<i>Check-list</i>	Identificar ações prioritárias para a execução do caso a ser investigado e guiar a observação.
Componentes finais do cenário	
Desenvolvimento do cenário	Deve ser contextualizado com a evolução do caso clínico, história pregressa e quadro atual e/ou proposta do cenário.
<i>Debriefing</i>	Fase de esclarecimento, planejada e direcionada para promoção do pensamento reflexivo e crítico.
Avaliação	Deve ser formativa, deliberada e contínua.

Fonte: Adaptado pela autora e colaboradores do projeto (2019).

a) **Conhecimento prévio do aprendiz:** identifica a fundamentação teórica do assunto antes com o aprendiz (participante), verifica o conteúdo teórico de forma prévia, conhecimento prévio do aprendiz;

b) **Objetivos da aprendizagem:** define os objetivos primários e secundários;

c) **Fundamentação teórica:** referências utilizadas; envio de material pré e pós-treinamento;

d) **Preparo do cenário:** define tema, nome do responsável pela elaboração, define a complexidade da cena (intervenções e resultados esperados, nível crescente de complexidade/fidelidade), documentação necessária

(check-list, data da elaboração e revisão, descrição do cenário para o instrutor, descrição do roteiro para os atores, diagnóstico médico/motivo da assistência/internação atual, estrutura do caso proposto/resumo/descrição/história, ter roteiro/instruções aos alunos), recursos materiais (verifica recursos disponíveis, equipamentos e programação, filmagem, materiais e composição/recursos utilizados/simuladores, medicamentos em uso), caracterização dos simuladores/atores, espaço físico/ambiente, recursos humanos (público alvo, docentes/facilitadores/instrutores, formação dos facilitadores/experiência docente, atores, colaboradores, recursos humanos), tempo estimado do cenário, treino da equipe para a atividade, validação do cenário/certificação se está preparado);

e) **Desenvolvimento do cenário:** evolução da situação, fator crítico do cenário, pistas, tempo estimado do cenário/ deve ser curto;

f) **Debriefing:** fundamentação teórica do tema das alterações fisiológica da visão/debriefing, debriefing/planejar, pontos a serem discutidos no debriefing/pontos críticos/como o aluno se sentiu, o que fez de positivo e o que faria diferente, tempo estimado do debriefing;

g) **Avaliação:** avaliação da atividade em conjunto com vistas ao cenário e a aprendizagem dos alunos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A simulação é uma estratégia pedagógica que tem sido utilizado no ensino da enfermagem, para possibilitar ao aprendiz uma vivência real das dificuldades do idoso quanto a acuidade visual. A escolha do uso da simulação na pesquisa ora descrita visa possibilitar aos aprendizes e atores o contato com o idoso, estratégia essa de aprendizagem mais significativa.

Com o avanço da ciência e da tecnologia e a possibilidade do simulador da velhice estar disponível na Universidade, método esse que proporciona realismo, satisfação, autoconfiança, motivação, habilidades técnicas, reflexão sobre a ação e transferência de competências aos participantes (BAPTISTA *et al.*, 2014), a dificuldade visual é uma alteração fisiológica que pode ser experienciada pelos aprendizes, além de contar também com atores nesse processo de aprendizagem.

Simulação é aqui conceituada como “técnica em que se utiliza um simulador, considerando-se simulador

como um objeto ou representação parcial ou total de uma tarefa a ser replicada.

O objetivo do cenário é de oferecer oportunidades aos estudantes da área de saúde para que possam compreender as alterações do órgão do sentido- visão no envelhecimento, por meio de uma estratégia de aprendizagem ativa, que se baseia no uso de uma simulação elaborada pela primeira autora deste estudo, ferramenta didática destinada a demonstrar como ocorrem essas alterações. Durante a atividade os estudantes experimentam limitações visuais (perda da visão periférica), frequentemente apresentadas por idosos, que podem trazer dificuldades para o desenvolvimento de atividades no cotidiano (RODRIGUES *et al.*, 2018).

O levantamento da produção científica através da revisão integrativa nos trouxe elementos que perpassam o grau de comprometimento da visão e a causa relacionável, enquanto que nos grupos focais destacou-se as consequências que as alterações da visão acarretam no cotidiano do idoso.

A nuvem de palavras da revisão integrativa destacou-se os elementos com maior frequência visual

(f=49), deficiência (f=28), não (f=16), ano (f=18), acuidade (f=12), médio (f=12), cegueira (f=12), causa (f=12), visão (f=11) e análise (f=10). Enquanto que a dos grupos focais os elementos de maior menção foram visão (f=24); dificuldade (f=23); enxergar (f=22); catarata (f=22); óculos (f=19); cirurgia (f=17); mais (f=14); idade (f=13); olho (f=12) e não (f=11).

Ambos, revisão de literatura e grupos focais, em análise de similitude permitiu visualizar a relação entre as palavras, destacou-se a formação de dois nós expressivos entre as palavras visual e deficiência e um nó secundário entre a palavra visão e dificuldade, o qual se ligou a outros elementos periféricos que expressam o não conseguir enxergar e o avançar da idade como fatores da deficiência visual em idosos.

Após a revisão da literatura e do estudo qualitativo com grupos focais foi elaborado uma proposta para o cenário de simulação sobre as alterações fisiológicas do órgão sensorial - visão do idoso no processo de envelhecimento.

A descrição do cenário encontra-se nos Quadros, a seguir.

Quadro 2 - Cenário da simulação das dificuldades visuais do idoso.
João Pessoa, PB, 2019.

Cenário: Alterações fisiológicas do órgão sensorial - visão do idoso.
Responsáveis: Mestranda: Tattiana Carvalho Cordeiro Orientadora: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Público-Alvo: Estudantes dos cursos da área da saúde cursando disciplinas de saúde do idoso/profissionais interessados no estudo de saúde do idoso.
Objetivos da aprendizagem para o cenário simulado: os estudantes e/ou profissionais da área da saúde deverão vivenciar e compreender as alterações da visão do idoso no processo de envelhecimento. Objetivos do cenário: 1. Identificar as alterações da percepção sensorial: visão do idoso no processo de envelhecimento; 2. Realizar testes para avaliação da visão do idoso; 3. Elaborar um plano de atenção ao idoso com alterações fisiológicas da visão.
Cenário:
Local: Será utilizado um laboratório de ensino do Instituto Paraibano de Envelhecimento de uma Universidade Pública em João Pessoa, Pb.
Equipe necessária: dois pesquisadores, dois aprendizes de enfermagem (estudante/profissional), uma estudante como atriz e uma pessoa idosa. Os dois aprendizes: um terá o papel de enfermeiro(a) que atenderá o idoso(a) e o segundo terá o papel de ator(atriz) que vivencia o processo de envelhecimento.
Fidelidade do cenário: O cenário a ser desenvolvido será de média fidelidade e terá uma duração em torno de 8 a 10 minutos. Envolverá conhecimento de anatomia, fisiologia, semiologia e semiotécnica, processo de senescência e senilidade do órgão do sentido visão e raciocínio clínico para um dos aprendizes participarem da experiência de sensibilização do envelhecimento. O <i>prebriefing</i> terá duração de cinco minutos e o <i>debriefing</i> terá duração máxima de 20 minutos.
Atores: Idoso(a) convidado(a), estudante/atriz e dois aprendizes de enfermagem e pesquisadoras. Simulador do envelhecimento: Óculos do simulador de envelhecimento.

Características do paciente: “M.P., sexo feminino, com 81 anos de idade, viúva, acompanhada pela filha mais velha, é atendida na Unidade de Saúde com o diagnóstico de hipertensão arterial. Ao exame físico apresenta diminuição da acuidade visual e vermelhidão dos olhos devido à ocorrência de glaucoma, baixa acuidade auditiva e perda de peso. Filha refere falta de interesse para alimentar-se, pois não sente sabor e nem olfato dos alimentos que ingeria antes dessa fase, e com isso acaba ingerindo mais sal. Apresenta história de queda anterior e dificuldade para deambular devido à visão prejudicada alterando sua rotina.
Equipamentos e Materiais para o cenário: Os recursos necessários serão de média fidelidade, com objetivo de abordar as alterações de forma mais realística. Será realizado em uma sala de consulta de enfermagem contendo uma mesa, quatro cadeiras, prontuário do idoso(a) e simulador do envelhecimento. Referente aos equipamentos da visão será utilizado uma tabela de Snellen, lanterna, caneta, cartões.
Materiais: necessários para a simulação
Pré-requisitos da simulação:
Experiência prévia do estudante: Será disponibilizado para leitura prévia, na semana anterior à atividade simulada, diferentes artigos sobre as alterações dos órgãos sensoriais, em especial da visão.
Descrição do caso clínico:
M. P. sexo feminino, com 81 anos, viúva, escolaridade de quatro anos e mora com a filha. Apresenta diagnóstico médico de hipertensão arterial e glaucoma de ângulo aberto crônico com diminuição da acuidade visual. M. P. é atendida no centro de saúde perto de casa e tem uma consulta com a enfermeira. Dados subjetivos coletados: O(a) idoso(a) referiu: Diminuição da produção de lágrimas e secura ocular; Dificuldade de visão com perda da visão periférica; Dificuldades para realização das atividades da vida diária; Falta de interesse para alimentar-se; Quedas anteriores; Dificuldade para leitura e ver televisão; Dificuldade para tomar as medicações. Dados objetivos e a avaliação da (o) idosa(o) O(a) enfermeiro(a) no exame físico identifica: Perda de peso fazendo uso de uma balança antropométrica com registro em quilogramas. Sobrancelhas esparsas, no terço lateral dos olhos; Pálpebras superiores caídas sobre os olhos;

Cílios intactos;
 Pressão intraocular elevada segundo diagnóstico médico;
 Na avaliação dos nervos oculomotor, troclear e abducente, constatado pupilas isocóricas e fotoreagentes; movimentação do globo ocular preservada; e presença de convergência para fixar objeto próximo.
 Teste da acuidade visual central: Na mensuração da acuidade visual com óculos utilizando a tabela de Snellen foi identificado no olho direito uma medida de 20/50 e no esquerdo 20/100 e avaliação da visão de curta distância;
 Teste de campo visual por confronto com resultado de diminuição do campo.
 Exame da função do músculo extraocular: Teste de Hirschberg, teste de cobertura e teste de posições diagnósticas
 Exame das estruturas oculares externas: avaliação geral incluindo a expressão facial; assimetria das sobrancelhas, pálpebras e cílios, globos oculares, conjuntiva e esclera, aparelho lacrimal.
 Exame das estruturas do globo ocular anterior: globo e cristalino, íris e pupilas
 Exame de fundo ocular: disco ótico cor, forma, bordas, relação escavação/disco; vasos da retina, panorama geral do fundo ocular e mácula.

Prebriefing (Informações do facilitador aos aprendizes antes do início da cena)

Boa tarde! Conforme consta no programa da disciplina Saúde do Idoso, no dia de hoje vocês participarão de um cenário de simulação clínica sobre as alterações fisiológicas do órgão sensorial - visão. O objetivo será de oferecer oportunidades aos aprendizes participarem da experiência das dificuldades visuais do idoso, em decorrência do processo de senescência e senilidade. Informamos ainda aos aprendizes que essa experiência terá a participação de dois aprendizes de enfermagem, um(a) idoso(a) e uma estudante/atriz. Comunicamos que no contexto do ensino por simulação deverá ser seguido o contrato de confidencialidade, isto é, a ocorrência da situação deverá ser discutida apenas nesse contexto. O cenário terá duração entre 8 a 10 minutos e participarão três pessoas e uma idosa convidada, que fará o papel da Sra. Margarida, a qual agradecemos a aceitação de nosso convite e dos aprendizes atores, que serão os voluntários. Esse cenário acontecerá em uma sala de consulta de enfermagem no IPE com uso do simulador do envelhecimento e com mobiliário e material necessário para a realização da simulação. A idosa adentrará na sala de consulta de enfermagem e será acolhida pelo enfermeiro- um aprendiz de enfermagem como ator(atriz). Será realizada uma consulta de enfermagem envolvendo técnicas de

semiologia e semiotécnica, incluindo a avaliação da visão da idosa e será registrada no prontuário. O aprendiz de enfermagem número dois, fará o papel de ator(atriz) da equipe de enfermagem que dará apoio ao enfermeiro(a) na consulta e utilizará os equipamentos que experienciam as dificuldades visuais do envelhecimento. Solicitamos assim, que o ator(atriz) enfermeiro(a), inicie a sua atividade relacionada à consulta de enfermagem com a Sra. Margarida. Previamente ao cenário, os estudantes receberão as informações necessárias sobre a simulação- objetivos, tempo de execução, familiarização com os recursos materiais e humanos, e a estruturação do caso clínico. O conteúdo de melhor evidência apresentado na literatura científica sobre as alterações fisiológicas do órgão sensorial – visão do idoso no processo do envelhecimento. Ele deverá ser preparado para a realização da avaliação com os recursos a serem colocados à disposição para a realização da simulação. Após apresentação de todos vamos iniciar o cenário de simulação.

Informação da enfermeira que fará a consulta de enfermagem

No consultório de enfermagem do IPE encontra-se a Sra. Margarida, com 81 anos de idade com diagnóstico médico de Glaucoma em ângulo aberto e está acompanhada da filha Maria de 42 anos. Foi acolhida por nós para uma consulta de enfermagem com a finalidade de avaliar a sua condição de saúde. A Sra. Margarida refere queixa de dificuldades visuais para tomar a medicação, atravessar a rua e dependência para algumas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Foram avaliados a diminuição da perda da visual bilateral, intensidade de iluminação, uso ou não de óculos visual, tempo da alteração da acuidade visual, avaliação da acuidade visual com o uso da Tabela de Snellen. No caso da Sra. Margarida o enfermeiro tem o papel fundamental na educação em saúde. Nesse caso em especial a educação deve estar centrada na administração correta da medicação (baseado nos nove certos) e melhora na adesão ao tratamento. Nessa direção o enfermeiro deve realizar a educação em saúde para o paciente e seu familiar. A consulta de enfermagem será registrada no prontuário da usuária para acompanhamento da mesma no serviço de saúde.

Fonte: Adaptado pela autora e colaboradores do projeto (2019).

Quadro 3 - Roteiro do cenário (eventos do cenário e ações esperadas), João Pessoa, PB, 2019.

Cena	Eventos	Ações esperadas dos alunos:
Cena 1		
Acolhimento das idosas	Na sala de espera encontra-se a idosa acompanhada da filha/o (ator/atriz) para consulta de enfermagem. Na sala de consulta de enfermagem encontra-se o enfermeiro(a) (aprendiz1) e o(a) idoso(a) da equipe de enfermagem (aprendiz2) com uso de óculos de simulação de envelhecimento e de bengala. A sala contém mesa, quatro cadeiras, prontuário das idosas e materiais e equipamentos necessários para avaliação da acuidade visual.	Avaliar as consultas anteriores da idosa no prontuário para identificar queixas de acuidade visual. Atentar que o enfermeiro deve conhecer o diagnóstico médico e usar a semiologia e semiotécnica para avaliação da acuidade visual. O cenário terá a exposição do material visual e/ou equipamentos necessários para a avaliação e a demonstração dos déficits apresentados pela idosa diante das alterações fisiopatológicas do órgão sensorial- visão do idoso;
Cena 2		
Avaliação da acuidade visual da idosa	A idosa encontra-se sentada e a enfermeira faz a entrevista com a finalidade de identificar dados subjetivos e posteriormente a avaliação clínica para identificar dados objetivos. Uso dos diferentes	Intervenções-chave: Dar oportunidade a idosa para expressar os seus problemas e dificuldades apresentadas. Solicitar a idosa a sua participação para o relato da história de saúde; Respeitar a idosa durante o seu atendimento, dando o apoio necessário diante

	testes de avaliação da acuidade visual pela aprendiz 1 com a colaboração da aprendiz 2 (com uso de óculos da simulação de envelhecimento) com o objetivo de vivenciar a experiência da acuidade visual. O enfermeiro identifica os problemas e traça um plano de cuidado individual à idosa.	das dificuldades apresentadas; O enfermeiro identifica os problemas e traça um plano de cuidado individual à idosa. Dialogar com a filha para conhecer a história de saúde e as atividades desenvolvidas para idosa e quanto a família conhece sobre essa condição e como podem participar do processo de acompanhamento e tratamento para a idosa. Registrar no prontuário todas as observações e os resultados das avaliações; Após intervenções-chave: Imediatamente, após a avaliação final a aluna aprendiz 2 discorre sobre a sua experiência no cenário e a idosa relata a sua condição diante da dificuldade visual.
Debriefing e suas fases:		
Para os aprendizes: Emocional: Como vocês se sentiram nas duas cenas? Descritivo: Vocês poderiam nos descrever o cenário vivenciado? Avaliativo: O que vocês consideram que fizeram na cena como o mais adequado? Quais foram os pontos positivos? Análítico: Se vocês tivessem que repetir a cena, o que vocês fariam diferente? Quais os pontos que poderiam ser melhorados? Conclusivo: O que vocês levarão de experiência para a sua vida no processo de envelhecimento? Qual o aprendizado que vocês obtiveram? O debriefing é pautado em uma base teórica e deve estar alinhado aos objetivos propostos na simulação que se pretende realizar, de acordo com o tema do presente estudo, propõe-se a teorização a seguir, mas aberto a novas complementações.		

TEORIZAÇÃO COM O GRUPO DE ALUNOS

Este momento de aprendizagem reflexiva, logo a seguir de rodado os cenários, os estudantes analisarão de forma direcionada e planejada a experiência da simulação. Dispostos todos os participantes na conformação de um círculo, os estudantes terão a oportunidade de revisar e confrontar a sua prática com o conteúdo teórico de melhor evidência na literatura sobre o assunto. Essa etapa deve ser dinâmica para que haja participação efetiva dos estudantes avaliarem os pontos positivos e as lacunas do conhecimento necessário para o cuidado de enfermagem a um idoso que apresenta alterações do órgão sensorial- visão. Identificar os Fatores Críticos – mudanças do processo de envelhecimento fisiológico e em especial do órgão sensorial – visão.

O objetivo da teorização é de permitir aos aprendizes/profissionais se apropriarem da revisão da literatura sobre o tema, assim propomos alguns tópicos para leitura e debate em sala envolvendo o educador e o grupo de aprendizes.

- Retomada dos aspectos da anatomia e fisiologia do aparelho ocular;
- Alterações fisiológicas do envelhecimento do órgão sensorial - visão;
- Avaliação do enfermeiro na acuidade visual do idoso com o uso de diferentes testes- por meio da consulta de enfermagem;
- Avaliação do enfermeiro no desenvolvimento das diferentes tarefas do cotidiano;
- Afecções oftalmológicas do idoso;
- Propostas de plano de cuidado ao idoso para promover a saúde ocular;

Com o intuito de explorar a simulação como estratégia de ensino quanto ao seu potencial e melhor utilizá-la no processo de aprendizagem, os aprendizes envolvidos na cena e os que assistiram à simulação deverão responder ao Questionário de Práticas Educacionais (ANEXO B) para a contribuição nas pesquisas que envolvem esta estratégia de ensino através da mensuração de características importantes que abrangem as práticas educativas em simulação clínica (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Fonte: Adaptado pela autora e colaboradores do projeto (2019).

Diante de um país cujas estimativas para 2042 é de grande aumento da população idosa e que grande parte dos problemas oculares estão ligados ao envelhecimento

com consequências para o próprio indivíduo, família e sociedade, se torna necessária iniciativas com foco na saúde ocular no envelhecimento (CBO, 2019b).

A partir disto e de que grande parte das alterações são reversíveis, como a catarata senil, prevalente em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento como causadora de cegueira, leva ao raciocínio de que o cuidado com a saúde ocular dos idosos é emergente e envolve identificação de fatores de risco e de patologias em seu estado inicial, encaminhamento em tempo hábil e adequado para atendimento especializado, o que dá a Atenção Básica uma função considerável no que concerne à positividade de um melhor resultado diagnóstico, terapêutico e prognóstico dos casos (OTTAIANO *et al.*, 2019).

Na Atenção Básica deverão ser realizadas ações de promoção da saúde dos olhos e da habilitação/reabilitação visual e prevenção da deficiência visual, as Equipes de Saúde da Família devem identificar e acompanhar as pessoas e famílias. Algumas das ações desenvolvidas devem ser teste de acuidade visual; ações de educação; consultas médicas e de enfermagem; ações de prevenção e diagnósticas quanto às comorbidades, como diabetes mellitus, e que antecederão o atendimento especializado

em oftalmologia. Destacam-se também o acompanhamento dos usuários contra-referenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia, orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência visual; identificação de crianças, adultos e idosos que necessitam de avaliação oftalmológica e tratamento (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Os exames a serem realizados são de fácil execução, de baixo custo e efetivos para detecção de problemas oculares e fornecem informações que demonstram as realidades regionais (PEREIRA *et al.*, 2019). A educação permanente e capacitação dos profissionais envolvidos devem acontecer a partir de um enfoque estratégico promocional perante as diretrizes do SUS, alicerçada nos polos de educação permanente em saúde de acordo com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (BRASIL, 2008c), o que mostra a relevância da simulação proposta neste estudo como a estratégia de ensino.

Um estudo com graduandos de enfermagem apresentou que à simulação clínica pode se atribuir vantagens para pessoas com e sem experiência clínica prévia, trazendo resultados com maiores escores quanto à autoconfiança e satisfação com o realismo após a

experiência (FRANZON *et al.*, 2020). Numa outra pesquisa, qualitativa, também com estudantes também de enfermagem, a simulação foi apontada como provedora de maior segurança e qualidade da assistência real, com relatos apontando a satisfação com a prática para um melhor aprendizado, cuja realização colabora com a preparação tanto técnica quanto psicológica frente a um atendimento real, incluindo o trabalho em equipe (ROSA *et al.*, 2020) o que também é proposta na simulação deste estudo.

Através da simulação pode-se melhorar e desenvolver competências não apenas específicas, mas interprofissionais colaborando com o cuidado prestado, sobretudo quando nos referimos que trabalhos em equipe, como realização de projetos terapêuticos, podem promover o autocuidado e a autonomia dos indivíduos e seus familiares, como também grupos e comunidades (MIRANDA, MAZZO, PEREIRA JÚNIOR, 2018). Uma scoping review dos referidos autores mostra ainda a escassez de trabalhos com a simulação e a interprofissionalidade, sendo apenas dois estudos dentre o total de 20 com a simulação realizada com mais de um profissional (MIRANDA, MAZZO, PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Diante do exposto importante destacar que para uma melhor qualificação dos profissionais através de um treinamento ativo, os cenários precisam ser bem desenvolvidos, cuja execução proporcione ao aprendiz o pensamento crítico e reflexivo sobre sua prática (GONÇALVES-MESKA *et al.*, 2019), o que permitirá maior aproximação com a realidade para maior significado para o estudante.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesse estudo tecemos duas limitações: primeiro a dificuldade de identificar na revisão da literatura textos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento sobre a visão, uma vez que a maioria estava relacionado apenas aos problemas da senilidade, o que dificultou essa avaliação; segunda limitação foi em decorrência do número de participantes (6) de profissionais com formação em gerontologia, apesar do grupo focal preconizar de oito a 10 participantes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo promoveu a construção de um cenário de simulação como contribuição para o processo ensino-aprendizagem na formação de futuros profissionais de

saúde, como também capacitação dos que já realizam o cuidado a população idosa. O cenário foi possível a partir do mapeamento das alterações fisiológicas da visão do idoso no processo de envelhecimento por meio da revisão integrativa da literatura e de grupos focais.

Esse cenário simulado, contribui para uma formação mais fidedigna às reais necessidades da população idosa. A contribuição da simulação no processo de ensino-aprendizagem é uma ferramenta valiosa, pois possibilita para quem a vivencia uma visão mais próxima da realidade. O cenário aborda elementos que ultrapassam os abordados pela teoria, aproxima-se da prática e aprofunda a discussão entre os participantes, por permitir que eles acessem a bagagem do conhecimento transportada até aquele momento.

A simulação proposta neste estudo promove uma melhoria no processo de ensino aprendido, não apenas de estudantes de graduação dos diferentes cursos da saúde, mas também pode ser utilizada nas capacitações e qualificações de profissionais que trabalham com idosos. A adoção de um cenário montado a partir da realidade inova a forma de transmitir conhecimento, pois torna o processo vivo e contínuo.

Diante este resultado, a próxima etapa diz respeito a

validação dos cenários com os estudantes/profissionais que atuam na área de saúde do idoso. Procedimento este a ser feito em futuro próximo no sentido de contribuir com a academia e com os profissionais que estão na prática.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, R. C. N. *et al.*, Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, v. Ser IV, n. 1, p. 135-144, 2014.

BLAND, A. J.; TOPPING, A.; WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. Nurse Education Today, v. 31, n. 7, p. 664–670, 2011. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.10.013

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 288, de 19 de maio de 2008. regulamenta e organiza a atenção em Oftalmologia. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ministério da Saúde; maio 2008a.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3, n.2., p. 77-101, 2006. ISSN1478-0887. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/1347976.pdf>.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). Impactos do envelhecimento populacional na saúde ocular. Revista Veja Bem, 22, ano 07, 2019. Disponível em: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/revista_vejabem_22.pdf.

COSTA, R. R. O. *et al.*, O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão

acadêmica. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015. doi: 10.22421/1517-7130.2015v16n1p59.

ELIOPOULOS, C. Enfermagem Gerontológica. Tradução: Regina Machado Garcez. Revisão técnica: Vera Catarina C. Portella. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536324586/cfi/0>.

FABRI, R. P. *et al.*, Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e032218, 2017.

FRANZON, JC *et al.*, Implicações da Prática Clínica em Atividades Simuladas: Satisfação do Estudante e Auto-Confiança. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. e-1274, 2020.

GONÇALVES-MESKA, MH *et al.*, Construção e validação de cenários simulados com a presença de olores. **Revista Latino americana de Simulação Clínica**, v. 1, n. 3, p. 134-143, 2019. doi: 10.35366/RSC193D.

IGLESIAS, A.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 48, n. 3, p. 233-240, 2015.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface**. Botucatu, v. 21, n.61, p.421-34, 2017. doi: 10.1590/1807-57622016.0316.

MARCHAND, P., RATINAUD, P. L'analyse de similitude applique éaux corpus textueles: les primaires socialistes pour l'election présidenti ele française. In **Actes des 11 eme Journées internationals d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JADT Liège/Belgique, p.687-699, 2012, Disponible: [http://lexicometrica.univ-aris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%](http://lexicometrica.univ-aris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20)

20et%20al.%20-
%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux
%20corpus%20textuels.pdf. Accès: 10 set. 2019.

MAZZO, A. *et al.*, Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. **Escola Anna Nery**. Ribeirão Preto-SP, v. 22, n. 1, e20170182, 2018. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0182.

MIRANDA, FBG; MAZZO, A.; PEREIRA JUNIOR, GA Avaliação de competências individuais e de profissionais de saúde em atividades clínicas simuladas: revisão do escopo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1221-1234, 2018. doi: 10.1590/1807-57622017.0628.

OTTAIANO, J. A. A., *et al.*, **As Condições de Saúde Ocular no Brasil 2019**. 1 ed., São Paulo: Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2019. ISBN: 978-8-56-210904-1

PAPALÉO NETO, Matheus. Estudo da Velhice/ Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PEDRÃO, R. A. A. O Idoso e os Órgãos dos Sentidos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PEREIRA, C. F. A. *et al.*, Triagem de acuidade visual reduzida em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 250-254, 2019.

TEIXEIRA, I. N. D'A. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p.2845-2857, 2010.

QUILICI, A. P. *et al.*, **Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade**. São Paulo: Atheneu, 2012.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.*, Raising Awareness among Health Students about Aging Changes. *MOJ Gerontology & Geriatrics.*, v. 3, n. 2, p. 35-37, 2018.

ROSA, MEC *et al.*, Aspectos positivos e negativos da simulação clínica no ensino de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. e20190353, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0353>

SEROPIAN, M.A. *et al.*, Simulation: not just a manikin. **J Nurs Educ.** v. 43, n. 4, p:164-9. 2004.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. Princípios de anatomia e fisiologia. Tradução Ana Cavalcanti C. Botelho *et al.*, 14. ed. Reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527728867/cfi/6/8!/4/2/4@0:0>.

VIGNESH, D. *et al.*, Prevalência de deficiência visual e sua associação com a qualidade de vida relacionada à visão em idosos de uma colônia de reassentamento de Delhi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 8, n. 4, p.1432-1439, 2019.

_____. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019. ISBN 978-92-4-151657-0. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/world-report-onvision>.

CAPÍTULO 15

(GERONTO) TECNOLOGIAS CUIDATIVO- EDUCACIONAIS COMPLEXAS NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS

**Silomar Ilha
Silvana Sidney Costa Santos
Dirce Stein Backes**

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial em crescimento significativo, resultado das melhorias das condições de vida em geral, do avanço da tecnologia e do maior acesso a serviços de saúde. O aumento da longevidade iniciou de forma lenta na Europa, e se expandiu a países em desenvolvimento como o Brasil desde meados do século XX, através do processo de transição demográfica, representado pela inversão da pirâmide etária (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

No Brasil, o Índice de Envelhecimento (IE) era, em 2018, de 63 idosos para cada 100 jovens e as projeções indicam que em 2055, o Brasil terá 202 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2018). Embora o processo de envelhecimento não represente viver com doença, a medida que as pessoas envelhecem, torna-se susceptível

ao surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais, destaca-se as que versam com demência, como é o caso da doença de Alzheimer (DA) (SANTOS; WATCHMAN; JANICK, 2018).

A DA caracteriza-se como neurodegenerativa e os sintomas ocorrem de forma insidiosa, por meio da piora gradual da memória, acompanhada de dificuldades na apreensão de novas informações e perda da habilidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs), compreendidas como as tarefas básicas de autocuidado (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019).

A DA é dividida em três fases ou estágios; a fase inicial, possui uma duração média de dois a quatro anos e é conhecida pela dificuldade de linguagem, perda de memória recente e da capacidade de reconhecer as pessoas com as quais convive. Pode ocorrer, ainda, desorientação em tempo e espaço, sinais de depressão, agressividade e perda do interesse em atividades sociais e de lazer (VIZZACHI *et al.*, 2015). Nessa fase, iniciam-se as dificuldades na realização das Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), tais como as atividades sociais, produtivas e de lazer da pessoa idosa (VRIENDT *et al.*, 2013).

Na fase intermediária da DA, a pessoa idosa

apresenta uma crescente perda de memória e início das alterações na linguagem, raciocínio e dificuldades motoras, evidenciando-se, inicialmente a incapacidade no que se refere as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), e limitação nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), o que conduz à necessidade de cuidados constantes. Como AIVD, compreende-se as relacionadas ao reparo das refeições, gerenciar o próprio dinheiro e o seu regime terapêutico, entre outros. Por ABVD, entende-se ações mais simples como realizar a higiene corporal, vestir-se e alimentar-se (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

Na terceira e última fase, a pessoa idosa com DA apresenta restrição ao leito, mutismo, retenção e ou incontinência intestinal/urinária e adoção da posição fetal (VIZZACHI *et al.*, 2015). A medida que a doença evolui, a pessoa idosa torna-se cada vez mais dependente de cuidados, os quais, na realidade brasileira, são na maioria das vezes, realizados por um familiar no domicílio. O processo de cuidado a uma pessoa idosa com a DA, demanda do familiar/cuidador, o encontro de estratégias que auxiliem a conduzir as situações impostas pela sintomatologia da doença, no cotidiano domiciliar.

Compreendo a situação exposta, algumas instituições de ensino e de saúde, tem se dedicado ao

encontro de estratégias, ferramentas e tecnologias para auxiliar os familiares/cuidadores. Nesse contexto, salienta-se o grupo de apoio: Assistência Multidisciplinar Integral aos cuidadores de pessoas idosas com a doença de Alzheimer (AMICA), que se caracteriza como uma (Geronto) Tecnologia cuidativo-educacional complexa, geradora de novas (geronto) tecnologias de cuidado à pessoa/família (ILHA, 2016).

A (geronto) tecnologia complexa, derivou-se dos conceitos de Gerontologia, tecnologia e complexidade. Pode ser compreendida como: todo o produto, processo, estratégia, serviço e/ou conhecimento, com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e de seus familiares/cuidadores, fruto de uma construção/vivência coletiva complexa, que valorize as relações, interações e retroações dos envolvidos, por meio do conhecimento inter-multi-trans-meta-disciplinar (ILHA, 2016; ILHA; SANTOS; BACKES, 2017).

Assim, observa-se que a (geronto) tecnologia, por vezes, não é um produto, mas o resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações que apresentam como finalidade o cuidado em saúde (ILHA *et al.*, 2018). Caracterizam-se como importantes ferramentas para o desenvolvimento de modelo assistencial, pois

potencializam habilidades de cuidado, tanto à pessoa idosa, quanto para o familiar e/ou cuidador. Auxiliam na promoção de estratégias efetivas para a manutenção e aprimoramento dos cuidados na saúde da pessoa idosa (CARLETO; SANTANA, 2017).

Os encontros do AMICA, ocorrem semanalmente com docentes e discentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional e, quinzenalmente, participam, também, os familiares cuidadores de pessoas com a DA. Os encontros são organizados com metodologias variadas, onde o objetivo principal é de auxiliar os familiares/cuidadores no cotidiano de autocuidado e de cuidados da pessoa idosa. Observa-se a complexidade deste grupo, ao passo que existe a interligação do conhecimento científico, trazido pelos docentes e discentes de diferentes cursos e do conhecimento adquirido pelos familiares do cotidiano de cuidados. Ao final do encontro, um novo conhecimento, a partir dessa interligação, é produzido.

Como esse processo ocorre? No encontro, os familiares cuidadores são estimulados a verbalizarem sobre o seu cotidiano de cuidados, momento em que as fortalezas/potencialidades e oportunidades, bem como as

fraquezas e fragilidades vivenciadas nesse processo são trazidas. Após a escuta, muitos familiares/cuidadores se identificam com as histórias dos demais. A partir disso, busca-se o encontro de estratégias de cuidados que possam ser utilizadas pelo familiar/cuidador no seu cotidiano. Algumas estratégias são sugeridas pelos docentes e discentes e outras pelos familiares/cuidadores. Todas as sugestões de estratégias são bem-vindas e estimuladas no grupo.

A partir da compreensão das estratégias, os familiares as aplicam, em momento oportuno, no seu dia-a-dia de cuidados e após trazem o feedback ao grupo. Com a confirmação de que uma determinada estratégia sugerida no grupo auxiliou na prática de cuidados à pessoa idosa, a mesma é validada pelo grupo, como uma (Geronto) tecnologia cuidativa, quando a finalidade específica é o cuidado; educacional, quando se direciona a esse fim; ou cuidativa-educacional quando possui potencial de abranger as duas finalidades.

Assim, nesse capítulo, apresentar-se-á, algumas das (Geronto) tecnologias cuidativo-educacionais construídas/utilizadas por familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA, a partir da convivência no AMICA.

2. METODOLOGIA

As (Geronto) tecnologias apresentadas nesse capítulo, foram identificadas, a partir de um projeto de pesquisa desenvolvido junto ao grupo AMICA, intitulada: “Grupo de Apoio no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (Geronto) Tecnologia cuidativo-educacional complexa”. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, realizado com 13 familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA, que participavam do grupo. O AMICA, caracteriza-se como um projeto de extensão, desenvolvido desde o ano de 2007, por uma equipe interdisciplinar, composta por docentes e discentes dos cursos da área da saúde/humanas da Universidade Franciscana, situada na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com a DA, estar cadastrado no AMICA e estar frequentando ou já ter frequentado o mesmo por um período mínimo de seis meses, tempo suficiente para que os participantes já tenham interagido, adquirido conhecimentos sobre a DA e compreendido a forma de atuação do AMICA, estando aptos a descrever suas vivências. O convite para participar do estudo ocorreu no mês de janeiro de 2016, por meio de

contato telefônico com cada participante, autorizado aos pesquisadores pela coordenadora do grupo AMICA. No momento do contato, foram agendadas visitas domiciliárias (VDs), conforme a disponibilidade de dia e horário de cada participante.

No período de janeiro a abril de 2016, foram realizadas as VDs, momento em que se realizou uma entrevista semiestruturada com base em questões norteadoras, das quais duas nortearam a produção do texto, apresentado nesse capítulo: Você vivência/já vivenciou alguma dificuldade no convívio/cuidado da pessoa idosa com DA? Qual (Quais)? Você já realizou alguma adaptação/estratégia e/ ou criou algo para facilitar o processo de cuidado à pessoa idosa com DA e família, a partir da vivência no grupo AMICA?

Sempre que os familiares/cuidadores responderam já ter construído, elaborado ou utilizado adaptações/estratégias, solicitou-se que os mesmos as descrevessem. Nas situações em que o familiar/cuidador demonstrou uma estruturação física da adaptação, em forma de algum produto, realizou-se, com a autorização, o registro Fotográfico. Estimulou-se que os familiares/cuidadores explicassem como haviam construído, de onde surgiu a ideia e quais eram as

potencialidades e as fragilidades percebidas por eles durante a utilização da adaptação. Identificaram-se diversas adaptações desenvolvidas pelos familiares/cuidadores, a partir da convivência no AMICA, as quais foram validadas posteriormente como (geronto) tecnologias no grupo.

O tratamento dos dados ocorreu pela técnica de análise textual discursiva, organizada a partir de uma sequência recursiva de três componentes: unitarização, estabelecimento de relações e comunicação (MORAES; GALIAZZI, 2011). Inicialmente, os pesquisadores examinaram os textos com profundidade, formando a categoria central, a partir da identificação das dificuldades vivenciadas pelos familiares/cuidadores e das gerontotecnologias cuidativo-educacionais registradas. A mesma foi unitarizada em duas unidades de base; na primeira unidade agruparam-se todas as (geronto) tecnologias na forma de produto; na segunda, as na forma de processo/conhecimento e/ou estratégias.

Após, foi realizada nova leitura a partir da categoria central e das unidades de base, buscando o estabelecimento de relações entre elas, ou seja, cada relato inserido nas unidades de base foi lido de forma minuciosa, momento em que foram separados em

diferentes unidades, conforme o objetivo da utilização da (geronto) tecnologia. Por fim, procedeu-se a última etapa do método de análise, pelo processo de comunicação entre as (geronto) tecnologias na forma de produto e as (geronto) tecnologias na forma de processo/conhecimento/estratégia, conforme a necessidade a que se direcionavam (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Salienta-se que foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos no Brasil, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa por Parecer Nº 157/2015 e registro CAAE: 48877315.2.0000.5324. Manteve-se o anonimato dos participantes, os quais não foram mencionados nesse capítulo, pois apresentam-se apenas os registros fotográficos das (geronto) tecnologias.

3. RESULTADOS

Dos 13 familiares cuidadores que participaram da pesquisa que originou essa pesquisa, cinco eram do sexo feminino e oito, do masculino, com idades entre 30 e 66 anos. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa idosa com DA, oito eram filhos, dois netos dois esposos (as) /companheiros (as), com tempo de atuação como cuidador

entre dois e 14 anos. Destes, oito residiam com a pessoa idosa com DA e cinco, em casas separadas. Nove dos familiares cuidadores alternavam o ato de cuidar com outras pessoas e três cuidavam sem alternância. Quanto ao tempo em que os familiares/cuidadores participavam do AMICA, variou entre seis meses e 10 anos. Todos os participantes eram cuidadores principais da pessoa idosa com DA.

A análise e interpretação dos dados permitiu identificar as principais fragilidades/dificuldades vivenciadas pelos familiares/cuidadores no cotidiano de cuidados e as (geronto) tecnologias cuidativo-educacionais utilizadas pelos mesmos. As (geronto) tecnologias, foram divididas em dois grupos. 1) na forma de produto; 2) na forma de processo/conhecimentos/estratégias. Contudo, para esse capítulo, optou-se por apresentar aquelas na forma de produto.

A seguir, apresenta-se o quadro 1 com as principais dificuldades vivenciadas pelos familiares/cuidadores; a sua descrição para que o leitor compreenda de onde partiu a necessidade do familiar; e as (geronto) tecnologias construídas com a finalidade cuidativo-educacional da pessoa idosa e do familiar/cuidador, a partir da convivência no AMICA.

Quadro 1 – Dificuldade vivenciada, descrição da dificuldade e (geronto) tecnologias utilizadas. Santa Maria, RS, Brasil. 2020.

Dificuldade vivenciada	Descrição da dificuldade	(Geronto) tecnologia
Esquecimento de caminhos e destinos	Uma situação comum em pessoas idosas com a DA é saírem de casa e não lembrarem o caminho para retornar.	- Crachá de identificação e orientação
Não aceitação do banho	Algo recorrente entre as pessoas idosas é, em algum período da doença negaram-se a realizar a higiene corporal.	- Calendário do banho
Medicação	Uma das dificuldades vivenciadas versa sobre a organização dos medicamentos da pessoa idosa para auxiliá-la a lembrar (estágio 1) de os ingerir; ou auxiliar aos familiares/cuidadores (estágio 2 e 3), na administração dos mesmos, visto que, normalmente a pessoa idosa, além dos medicamentos específicos para a DA, também faz uso de medicações para outras doenças.	- Caixas para armazenamento dos medicamentos; - Potinhos para medicamentos; - Identificação das cartelas de medicamentos;
Desconhecimento o/estigmatização da doença de Alzheimer	Dificuldade comum entre os familiares/cuidadores diz respeito ao déficit de conhecimento sobre a doença por parte de alguns familiares e da população de maneira geral. O desconhecimento, conduz	- Manual - Folder

a estigmatização da doença e exclusão da pessoa idosa e do cuidador do convívio social.

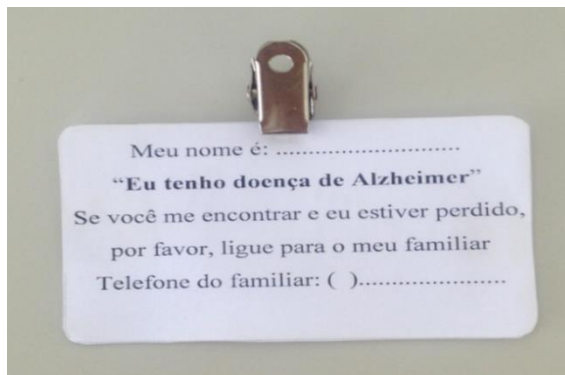
Controle dos cuidados e à segurança do paciente	Em decorrência da sintomatologia da doença, que versa, principalmente, com esquecimento, a pessoa idosa acaba por colocar-se em situações que oferecem risco a sua integridade física.	- Barras de apoio - Relatório diário
---	--	---

As demandas de cuidado a pessoa idosa com a DA são muitas, especialmente nos estágios finais. O que denota a necessidade de organização e registro para o controle dos cuidados realizados nas 24 horas por parte do familiar/cuidador.

Fonte: os autores, 2020.

3.1 GERONTOTECNOLOGIA - Crachá de identificação e orientação

Uma situação comum, em pessoas idosas com a DA, é saírem de casa e não lembrarem o caminho para retornar. Para tanto, apresenta-se como (geronto) tecnologia, na forma de produto, a utilização de um crachá de identificação contendo o nome da pessoa idosa com DA e o telefone de um familiar:



Potencialidade da (geronto) tecnologia: Identificação da pessoa idosa e o contato telefônico de um familiar/cuidador.

Limitação da (geronto) tecnologia: Algumas pessoas idosas com DA, poderão rejeitar e negar-se a utilizar a (geronto) tecnologia. Nestes casos, sugere-se que a mesma seja desenvolvida com bordado ou pintura em tecidos e costurada nas roupas mais utilizadas pela pessoa idosa.

Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017)

3.2 GERONTOTECNOLOGIA - Calendário do banho

Outra dificuldade comum encontrada por alguns familiares/cuidadores refere-se à negação da pessoa idosa com a DA a realizar a higiene corporal. Para esta situação foi construída e testada por um familiar/cuidador a partir da vivência no AMICA, uma (geronto) tecnologias que se demonstrou positiva, na aplicação prática junto à pessoa idosa com DA. Trata-se do “calendário do banho”.

A lógica desta (geronto) tecnologia encontra-se na negociação de algo prazeroso para a pessoa idosa com a

DA. No caso da construção do calendário, a pessoa idosa com a DA ainda mantinha a lembrança do time de futebol do qual era torcedora, o internacional. Então, o calendário passou a funcionar da seguinte forma: o familiar/cuidador mantinha em seu controle duas canetas, uma de cor vermelha, representando o internacional e outra de cor azul, representando o grêmio. Todas as vezes que a pessoa idosa aceitava realizar a higiene corporal, o familiar lhe entregava a caneta para que a mesma marcasse no dia do mês um X de vermelho, representando um gol do internacional. Quando a pessoa idosa se negava a realizar a higiene corporal, o familiar realiza um X com a caneta azul, representando um gol do grêmio. Como a pessoa idosa desejava ver mais gols do inter do que do grêmio, aceitava com mais frequência realizar a higiene corporal.

Potencialidade da (geronto)

tecnologia: auxiliar no aceite da higiene corporal por meio de negociação com a pessoa idosa; diminui a irritabilidade da pessoa idosa; auxilia na convivência e diminui a sobrecarga do familiar/cuidador.

Limitação da (geronto)

tecnologia: Algumas pessoas idosas não gostam de futebol, outras, em decorrência da DA não mantem a capacidade de lembrar-se do time ao qual torceram um dia. Contudo, entende-se que essa (geronto) tecnologia pode servir como elucidação para construção de outras formas de (geronto) tecnologias conforme os gostos individuais de cada pessoas idosas com a DA.



Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017)

3.3 GERONTOTECNLOGIA – Caixas para armazenar os medicamentos

A primeira (geronto) tecnologia apresentada, trata-se de uma caixa, contendo três espaços que correspondem as medicações na manhã, meio dia e da noite. Nestes espaços, sugere-se que sejam inseridas as caixas com os medicamentos.

Potencialidade da (geronto) tecnologia:

Potencialidade da (geronto) tecnologia: Auxilia a pessoa idosa, a manter sua autonomia por maior tempo, podendo ele próprio selecionar as medicações. Em situações que a pessoa idosa não possuir mais condições de fazê-lo, a (geronto) tecnologia auxilia familiar/cuidador no controle das medicações, diminuindo os erros com a medicação.

Limitação da (geronto) tecnologia:

Embora essa (Geronto) Tecnologia tenha os espaços separados por “manhã, tarde e noite”, são inseridas as caixas de medicamentos que devem ser administrados nos horários estabelecidos e, não os comprimidos a serem administrados. Dessa forma, pode haver esquecimento se determinada medicação da caixa já foi ou não administrada/oferecida à pessoa idosa.



Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017).

A próxima (geronto) tecnologia, é uma caixa contendo, na sua parte superior, os dias da semana, segunda, terça, quarta, quinta, sexta, sábado e domingo, nos quais devem ser inseridas as medicações. Na parte lateral da caixa, embora não esteja visível na foto, de um lado está escrito a palavra “dia” e, do outro, a palavra “noite”.



Potencialidade da (geronto) tecnologia: Auxilia na autonomia da pessoa idosa por maior tempo, podendo ela própria selecionar e ingerir os medicamentos. Em situações que a pessoa idosa não possui mais condições de fazê-lo, a (geronto) tecnologia auxilia o familiar/cuidador no controle dos medicamentos, diminuindo a possibilidade do erro. Como possui todos os dias da semana, as medicações podem ser retiradas das caixas e organizadas para a semana toda. Essa (geronto) tecnologia destaca-se em relação a anterior, pelo fato de possuir espaços separados para cada dia da semana, onde são inseridas as medicações específicas a serem administradas/oferecidas a pessoa idosa em determinado dia e/ou noite.

Limitação da (geronto) tecnologia: Não há os horários de administração das medicações, apenas o turno (dia) ou (Noite). Dessa forma, ou a pessoa idosa terá de fazer uso de todas as medicações do dia e da noite no mesmo horário ou terá de lembrar os horários de cada medicamento para ingeri-los no horário certo.

Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017)

3.4 GERONTOTECNOLOGIA - potinhos para medicação

Outra (geronto) tecnologia de cuidado para separar os medicamentos por dias da semana e horário/turno são os

dispositivos (potinhos) como os horário ou turnos que os medicamentos devem ser administrados. Esta (geronto) tecnologia possui a mesma lógica da apresentada anteriormente. Entretanto, sem os dias da semana.



Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017)

Potencialidade da (geronto) tecnologia: Auxilia a pessoa idosa a manter sua autonomia por maior tempo, podendo ela própria selecionar as medicações. Em situações que a pessoa idosa não possuir mais condições de fazê-lo, a (geronto) tecnologia auxilia familiar/cuidador no controle das medicações, diminuindo possíveis erros. As medicações podem ser retiradas das caixas e organizadas nos turnos “manhã”, “tarde” e “noite”.

Limitação da (geronto) tecnologia: Embora tenha uma boa contribuição auxiliando nos cuidados da pessoa idosa com relação a administração dos medicamentos, necessita que a pessoa idosa, ou o familiar/cuidador, organize os medicamentos diariamente. Contudo, podem ser utilizados mais dispositivos, separando-os para toda a semana.

3.5 GERONTOTECNOLOGIA - cartelas de medicação com o mês e dias em que a medicação deve ser administrada/ingeridas

Outra forma de (geronto) tecnologia na forma de produto relacionada ao cuidado com a medicação da

pessoa idosa, refere-se a identificar com caneta permanente das cartelas de medicamento com dias do mês em que os mesmos devem ser administrados/ingeridos, minimizando, dessa forma, a possibilidade de erro ou de esquecimento na administração.

A sua lógica está em escrever com uma caneta permanente, inicialmente o mês, e em cima de cada comprimido inserir o dia em que a medicação deve ser administrada, por exemplo: dia 1,2,3...Quando a mesma medicação estiver prescrita mais de uma vez por dia [manhã e noite] repete-se o dia, por exemplo: dia 2, 2 ...4, 4.... Se estiver prescrita três vezes ao dia [manhã, tarde e noite] repete-se três vezes o dia, por exemplo: dia 1, 1, 1...2, 2, 2... Caso a pessoa idosa e/ou o familiar/cuidador estiver com dúvida se determinada medicação foi administrada é só olhar a cartela de medicação e observar se o medicamento do dia está ou não na mesma.

*



Potencialidade da (geronto) tecnologia: Auxilia a pessoa idosa, a manter sua autonomia por maior tempo, podendo ela própria selecionar os medicamentos. Em situações que a pessoa idosa não possui mais condições de selecioná-los, a (geronto) tecnologia auxilia o familiar/cuidador no controle das medicações, diminuindo os erros com a medicação.

Limitação da (geronto) tecnologia: Menor limitação do que as anteriores, pois embora não tenha o horário específico de administração, possibilita inserir mais vezes o mesmo dia em cada uma das cartelas e encima de cada medicamento conforme a necessidade e prescrição medicamentosa de cada pessoa idosa. Além disso facilita a identificar se a mesma foi ou não administrada.

Medicamentos mês 10 (outubro). **Fonte:** Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017).

3.6 GERONTOTECNOLOGIA - Manual e folder construídos no AMICA

O desconhecimento de algumas pessoas em relação à DA é uma realidade. É possível evidenciar-se, ainda, nos dias atuais, que muitas famílias optam por esconder a doença no núcleo familiar e, por essa razão, condicionam a pessoa idosa a restrição do convívio social.

A partir dessa compressão, foram produzidos no AMICA, como (Geronto) tecnologias cuidativo-educacionais, um *folder* e um manual com orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA e divulgação da doença.



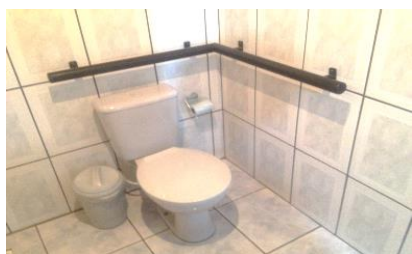
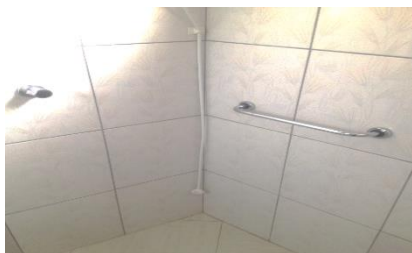
Potencialidade da (geronto) tecnologia: A (geronto) tecnologia na forma de manual, traz orientações importantes sobre DA, como: o conceito da DA; como afeta o sistema nervoso; sua ocorrência na população; os sintomas; o diagnóstico; o tratamento com foco na abordagem multidisciplinar. Apresenta, ainda, orientações de cuidados multidisciplinares em cada fase da doença (dicas gerais; de alimentação; terapia medicamentosa; higiene corporal e bucal; cuidado físico-funcional, entre outros). Dessa forma pode servir de orientação aos familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA e para a sociedade de forma geral, com a expansão do conhecimento e dos cuidados a serem oferecidos a pessoas com a DA.

Limitação da (geronto) tecnologia: Não foram evidenciadas limitações diretas. Contudo, compreende-se que esse formato não possui alcance para todos os públicos, a exemplo das pessoas que não sabem ler. Nesse caso necessitaria de outra pessoa para fazer a leitura.

Fonte: Blumke, Filippin, Blasi (2013); **Fonte:** AMICA (2009).

3.7 GERONTOTECNOLOGIA - Barra de apoio para pessoa idosa

Com relação ao risco de quedas apresentado pelas pessoas idosas com DA, os familiares/cuidadores, realizaram e sugeriram algumas adaptações no domicílio, como (geronto) tecnologias na forma de barras de apoio nos banheiros e corrimão em escadas.



Potencialidade da (geronto) tecnologia: Maior segurança da pessoa idosa, nos movimentos realizados dentro desses espaços físicos; redução do risco de quedas, evitando lesões físicas, fraturas e o receio da pessoa idosa quanto a novas quedas, proporcionando maior autonomia às ABVD.

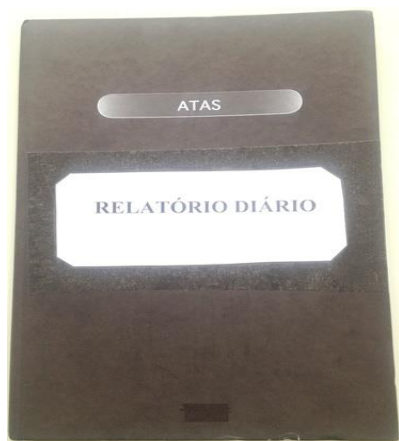
Limitação da (geronto) tecnologia: Desde que instaladas adequadamente, não se evidenciam limitações.

Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017).

3.8 GERONTOTECNOLOGIA – Relatório diário

Com relação a maior segurança dos cuidados ofertados à pessoa idosa com DA, evidenciou-se a (geronto) tecnologia denominada “relatório diário”. Sua

lógica encontra-se em realizar anotações referentes ao cuidado. Tal (geronto) tecnologia já foi testada por um familiar/cuidador participante do AMICA e obteve resultado positivo no processo de cuidado da pessoa idosa com a DA.



Fonte: Ilha (2016); Ilha, Santos, Backes (2017).

Potencialidade da (geronto) tecnologia:

quando surgia alguma dúvida em relação ao cuidado, os familiares/cuidadores recorriam à (geronto) tecnologia e lá estavam escritos a data e tudo o que havia sido realizado de cuidados em determinado dia, oferecendo uma maior segurança, tranquilidade e melhor qualidade de cuidados à pessoa idosa com DA.

Limitação da (geronto) tecnologia:

Pode ocorrer esquecimentos de anotar algumas informações relevantes.

4. DISCUSSÃO

Durante as fases ou estágios da DA, compreendidas como leve, moderada e grave, a pessoa idosa passa a apresentar diversas alterações. O estágio leve, que pode

durar de dois a quatro anos, é marcado principalmente pela perda da memória recente, o que passa dificultar a pessoa idosa no desenvolvimento das AVDs. Além da alteração da memória, no início da doença é comum o surgimento de confusão mental e desorientação no tempo e espaço.

A esse respeito, pesquisa desenvolvida com familiares/cuidadores de pessoas com a DA, com objetivo de conhecer as dificuldades vivenciadas pelos mesmos apresentou que, em algum período da doença, a pessoa idosa com a DA, perde a noção de local e esquece o caminho da própria casa (ILHA *et al.*, 2016). Assim, observa-se que a (geronto) tecnologia na forma de crachá de identificação pode contribuir nas situações em que a pessoa idosa sair de casa e não se lembrar o caminho para retornar. Caso essa situação ocorra, as pessoas poderão a auxiliar, ligando para o familiar, através das informações do crachá.

No estágio moderado da DA, considerado como o período mais longo, pois varia de dois a dez anos, a pessoa idosa apresenta acentuação dos sintomas do estágio leve da doença e surgem outros mais graves que interferem significativamente nas atividades cotidianas. Assim, a pessoa idosa torna-se impossibilitada de desenvolver tarefas simples, como cozinhar, limpar a casa

ou fazer compras. Além disso, salienta-se que nessa fase da doença a pessoa idosa passa a negligenciar a higiene pessoal.

A esse respeito, pesquisa apresentou uma série de estratégias de cuidado para as principais dificuldades vivenciadas pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA. Dentre as estratégias relacionadas a higiene corporal, os autores destacaram a importância de não forçar o banho para não constranger ou irritar a pessoa idosa. Ao invés disso, orientam o encontro de meios prazerosos que estimulem a pessoa idosa com DA a realizar a higiene e que a façam perceber que ainda não a realizou. Sugerem a construção de um jogo de competição (Pessoa idosa com DA x cuidador/familiar). Assim, cada vez que tomarem banho é um ponto para cada; aquele que não tomar estará perdendo. Colocar data e oferecer premiações (ILHA *et al.*, 2016).

Evidencia-se, nesse contexto, a funcionalidade e praticidade das (geronto) tecnologia denominada “calendário do banho” pois possui potencial de estímulo à higiene corporal, por apresentar-se como competição com algo prazeroso para a pessoa idosa. Possibilita ao familiar/cuidador, trabalhar com a singularidade da pessoa idosa, o que potencializa a valoriza o reconhecimento dos

seus hábitos, da sua cultura e da sua história de vida. Outra questão que merece destaque no contexto da gerontogeriatria, diz respeito ao cuidado com a medicação. Pessoas idosas são propensas a terem mais de uma doença concomitantemente (GELLAD *et al.*, 2011), pois possuem maior suscetibilidade às DCNT (CASSONI *et al.*, 2014), levando-os a tomarem três ou mais medicamentos para lidar com esta condição (CAZARIM; ARAUJO, 2011). Particularmente para os idosos, tomar corretamente muitos medicamentos é uma tarefa bastante complexa, pois o déficit de memória, associado a algumas doenças crônicas, compromete o bom desempenho desta tarefa (SILVA; SPINILLO, 2016).

A quantidade de informação envolvida na organização da tarefa é também um grande complicador. Para lidar com esta dificuldade, eles normalmente adotam estratégias como registros físicos ou produto que ajude a lembrar qual medicamento tomar, em que dose e quando tomar. Caixas para acondicionamento diário dos comprimidos e anotações na própria embalagem do medicamento ou em outros suportes são exemplos de estratégias externas de memória (SILVA; SPINILLO, 2016). Corroborando com esses dados, denota-se a relevância das (geronto) tecnologias apresentadas nesse estudo, por meio dos

produtos como caixas para armazenar os medicamentos, os potinhos para medicação e as cartelas de medicação com o mês e dias em que a medição deve ser administrada/ingeridas, pois apresentam funcionalidade e praticidade no contexto de cuidados da pessoa idosa com a DA.

Muitas das dificuldades relacionadas a DA na pessoa idosa, são potencializadas pela discriminação, estigma e preconceito. Assim, os profissionais de saúde e órgão de apoio a DA devem implementar medidas que visem orientar e educar a população sobre as questões que envolvem a DA, com vistas a desconstruir o estigma. Ainda existe o desconhecimento e medo da demência e este conduz ao preconceito e ao afastamento das pessoas.

A esse respeito, em 2019, a Alzheimer's Disease International (ADI) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram a campanha “Vamos conversar sobre demência” para incentivar as pessoas a conversarem de maneira mais confortável e aberta sobre a DA e a demência. A campanha partiu do entendimento de que falar sobre a demência ajuda a enfrentar o estigma, normaliza a linguagem e incentiva as pessoas a descobrirem mais sobre a doença e a procurarem ajuda, aconselhamento e, por conseguinte, apoio (ADI, 2019; OPAS, 2019).

Assim, observa-se que o AMICA, como (geronto) tecnologia complexa, tem auxiliado a prover o conhecimento na área por meio dos encontros do grupo, apoio aos familiares/cuidadores e das inúmeras ações que desenvolve. Dentre estas, encontra-se o Manual denominado: “Doença de Alzheimer: Guia prático para cuidadores” e “*folder* do AMICA”, duas (geronto) tecnologicas de cunho educacional desenvolvidas no grupo e que auxiliam no cotidiano de cuidados à pessoa idosa.

Na fase inicial da DA, o processo de cuidado envolve, principalmente, a supervisão visando à prevenção de acidentes pela dificuldade em discernir situações de risco. Uma situação que deve ser evitada ao máximo na pessoa idosa em decorrência dos danos que pode gerar, são as quedas. Assim, torna-se de vital importância atentar para as consequências desses eventos e para condutas profissionais que contemplem a prevenção dos agravos à saúde das pessoas idosas. Cerca de 40 % a 60 % das quedas levam a ferimentos, sendo 30 % a 50 % ferimentos leves, 5 % a 6 % de lesões mais graves, excluindo fraturas, e 5 % de fraturas (FERREIRA; YOHITOME, 2010).

Além de fraturas e lesões físicas, as quedas podem gerar medo constante de cair, limitando progressivamente a participação das pessoas idosas em atividades

cotidianas. Em estudo realizado com idosos, de ambos os sexos, atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário localizado em João Pessoa/PB, dos 120 idosos analisados, 101 (84,17 %) já caíram, e desses, 48 (40 %) no último ano. Dentre os idosos que já haviam caído, 85 (84,16 %) evidenciaram medo de uma nova queda; e dentre os idosos que não possuíam histórico de quedas, 12 (63,16 %) referiram medo de cair (FERNANDES *et al.*, 2013).

Pesquisa desenvolvida com nove familiares cuidadores de pessoas com a DA, objetivando conhecer os desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidas por cuidadores, encontrou como principais tecnologias de cuidado, as adaptações do ambiente domiciliar visando à segurança física da pessoa idosa com a DA. Dentre as diversas tecnologias empregadas como adaptações de mobiliário e/ou equipamentos identificados, destaca-se: instalação de barras de apoio no banheiro e na casa (SCHIMIDT *et al.*, 2018).

Assim, reafirma-se a relevância e aplicabilidade prática das (geronto) tecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores pra prevenção de quedas, a partir da convivência no AMICA e ilustradas nesse capítulo, as quais

tratam-se de “barras de apoio” para prevenção de quedas e segurança da pessoa idosa com a DA.

Durante a progressão da DA e, especialmente no estágio avançado, as demandas de cuidado são elevadas, uma vez que a pessoa idosa se encontra completamente dependente (ARAUJO *et al.*, 2017). Assim, o familiar/cuidador precisa conduzir da melhor forma possível os cuidados relativos à higiene corporal, oral, a alternância de decúbito, hidratação da pele, hidratação e nutrição enteral, bem como as medicações da pessoa idosa. Essa atividade, conduz a necessidade de preparo técnico e organização. Nesse contexto, a (Geronto) tecnologia denominada “Relatório diário” é de grande valia, pois auxilia no processo de organização e registro, garantindo maior segurança para o cuidador e à pessoa idosa, apresentando praticidade e funcionalidade tecnológica.

Por apresentarem contribuições, praticidade e funcionalidade no processo de cuidado, tais iniciativas, na forma de produto, apresentam-se como (geronto) tecnologias, pois se trata de instrumentos utilizados para o cuidado da saúde da pessoa idosa em sua singularidade, uma vez que consideram o seu processo de envelhecimento e de saúde/doença, facilitando o cuidado. Essas (geronto) tecnologias mostram-se relevantes,

especialmente se forem desenvolvidas/empregadas conforme a necessidade singular de cada pessoa idosa, auxiliando os familiares/cuidadores na administração das medicações (BARROS *et al.*, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram apresentar algumas (geronto) tecnologias cuidativo-educacionais na forma de produto, desenvolvidas/utilizadas pelos familiares/cuidadores de pessoas idosas com a DA, a partir da convivência no grupo AMICA. Destacaram-se: o crachá de identificação da pessoa idosa e contato telefônico do familiar; calendário do banho para facilitar o aceite da higiene corporal da pessoa idosa com DA; caixa, vidrinhos/potinhos para separar as medicações por dias da semana e horário/turno; cartelas de medicação com dias de administração dos comprimidos identificados com caneta permanente; *folder* e manual construídos no AMICA para orientação dos cuidados à pessoa idosa com DA; barras de apoio para prevenção das quedas em pessoas idosas com DA; livro denominado “relatório diário” para anotação dos cuidados diários.

As (geronto) tecnologias aqui apresentadas, contribuirão com o processo cuidativo-educacional da

pessoa idosa e dos familiares/cuidadores, uma vez que possibilitaram aos familiares cuidadores trabalhar com a singularidade de cada pessoa idosa. Compreende-se, dessa forma, que a socialização das (geronto) tecnologias apresentadas, poderá contribuir diretamente no cuidado, possibilitando melhorar o bem-estar das pessoas idosas para que vivenciem o processo da DA com maior segurança física.

No que se refere ao familiar cuidador, poderão auxiliá-lo durante o processo de cuidado, o que permitirá a convivência de forma mais tranquila junto à pessoa idosa com a DA. Sugere-se, assim, que as (geronto) tecnologias sejam incluídas/utilizadas na prática assistencial/clínica dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, junto às pessoas e famílias que vivenciam a DA, na docência junto às disciplinas relacionadas à gerontologia e geriatria. Espera-se que outras (geronto) tecnologias de baixo custo, como as apresentadas nesse estudo, sejam construídas e/ou adaptadas às diferentes realidades das pessoas idosas com a DA.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI). **World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia**. London:

Alzheimer's Disease International, 2019. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimers Dement** [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 14];15(3):321-87. Available from: <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf>

ARAÚJO, C.M.M. *et al.*, The repercussions of Alzheimer's disease on the caregiver's life. **J Nurs UFPE on line**, v.11, n.2, p.534-541, 2017. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9610/pdf_2507

BARROS, E.J.L. *et al.*, Ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas no cuidado de enfermagem complexo ao idoso estomizado. **Ver Bras Enferm.**, v.67, n.1, p.91-96, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0091.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CARLETO, D.G.; SANTANA, C.S. Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. **Rev Kairós Gerontol.**, v.20, n.1, p.73-91, 2017. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20ilp73-91>

CASSONI, T. C, J. *et al.*, Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.30, n.8, p.1708-1720, 2014.

CAZARIM, M.S.; ARAÚJO, A.L.A. O paciente idoso sob o aspecto da utilização de antimicrobianos: repercussão ao sistema público de saúde brasileiro (SUS). **Rev Ciências Farmacêutica Básica Apl.**, v.32, n.3, p.305-311, 2011.

FERNANDES, M.D.M. *et al.*, Evaluation of fear of falling in elderly in ambulatory care. **J Nurs UFPE on line**, v.7, n.4, p.1160-1166, 2013. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4069/pdf_2402

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.6, p.991-997, 2010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>

GELLAD, W.F. *et. al.* A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. **The American journal of geriatric fármaco therapy**, v.9, n.1, p. 11–23, 2011.

ILHA, S.; SANTOS, S.S.C.; BACKES, D.S. **Amica: (Geronto) tecnologia cuidativo-educacional complexa no contexto da doença de Alzheimer**. 1ª ed. Curitiba: CRV, 2017. 128p.

ILHA, S. **Grupo de apoio do contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas/famílias: (Geronto) Tecnologia cuidativo-educacional complexa**. Tese (doutorado em Enfermagem) – Programa de pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016. 196f.

ILHA, S. *et al.*, Alzheimer's disease in elderly/family: Difficulties experienced and care strategies. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p.138-146, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela 2010-2060 - Projeção da População** (revisão 2018), Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2020.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí; 2011.

NUNES, D. L. S.; FONTES, W.S.; LIMA, M. A. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 21, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <10.4034/RBCS.2017.21.01.11>. Acesso em: 9 dez. 2016. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS).

Campanha autoestima “vamos conversar sobre demência”. Brasília (DF); 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6012:campanha-antiestigma-vamos-conversar-sobre-demencia-marca-inicio-do-mes-mundial-da-doenca-de-alzheimer-nas-americas&Itemid=839.

SANTOS, F.H.; WATCHMAN, K.; JANICK, M.P. Highlights from the International Summit on Intellectual Disability and Dementia Implications for Brazil. **Dementia & Neuropsychologia.**, v.12, n.4, p.329-336, 2018. doi:10.1590/1980-57642018dn12-040001

SCHMIDT, M.S. Challenges and technologies of care developed by caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.579-587, 2018.

SILVA, C.H.; SPINILLO, C.G. Dificuldades e estratégias no uso de múltiplos medicamentos por idosos no contexto do design da informação. **Estudos em Design Revista (online).** Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 130 – 144, 2016.

VIZZACHI, B.A. *et al.*, Family dynamics in face of Alzheimer's in one of its members. **Rev Esc Enferm USP.**, v.49, n.6, p.933-938, 2015. doi:10.1590/S0080-623420150000600008.

VRIENDT, P. *et al.*, The advanced activities of daily living: a tool allowing the evaluation of subtle functional decline in mild cognitive impairment. **J Nutr Health Aging**, v.17, p.64-71, 2013.

CAPÍTULO 16

GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM CONTEXTO DESPORTIVO

José Pena Esperto

Nuno Antunes

Daniel Filipe Saraiva

Miguel Joaquim Nunes Serra

José Carlos Pinto Magalhães

Cristina Maria Alves Marques-Vieira

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A atividade física tem-se tornado um foco importante da sociedade atual e da investigação sobre o impacto da mesma na saúde pública mundial. Vários são os benefícios associados à prática de atividade física segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), entre os quais a redução do risco de doenças e a manutenção de um corpo saudável, especialmente quando praticada com uma intensidade moderada a vigorosa (embora alguma atividade seja mais benéfica do que nenhuma). Ainda de acordo com a OMS, importa esclarecer que a atividade física engloba o desporto, o exercício físico e outras atividades como andar, tarefas domésticas, jardinagem e dança. Segundo Caspersen, Powell e Christenson (1985, p. 126 a 128) a atividade física é qualquer movimento corporal

produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso e o exercício físico é a atividade planeada, estruturada, repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes de aptidão física. Contudo, este subcapítulo irá abordar especificamente o desporto.

A procura da população, de diferentes faixas etárias, em contextos igualmente distintos, pelo bem-estar, o autocuidado, e pelo alcance de vários objetivos desportivos, deve ser alvo da atenção de enfermagem, que tem como características o cuidar e educar, promover a saúde, qualidade e a máxima independência na realização das atividades de vida diárias, melhorar as expectativas de vida e a satisfação nas necessidades humanas básicas, prevenir a doença, riscos e complicações, bem como a promoção dos processos de readaptação funcional e a proximidade e o conhecimento da pessoa.

Ao longo do subcapítulo, é objetivo demonstrar a prática dos enfermeiros ao especificar a sua atuação na gestão dos cuidados à pessoa em contexto desportivo. Será caracterizada inicialmente a população que pratica desporto. Explorar-se-á posteriormente o trabalho que o enfermeiro desenvolve atualmente nesta área, bem como o que poderá vir a desenvolver.

Segue-se a apresentação dos principais fenómenos de atenção de enfermagem, com o enquadramento das intervenções e resultados esperados na pessoa em contexto desportivo, com recurso às classificações NANDA-Internacional (NANDA-I), classificação de intervenções de *enfermagem* (NIC) e classificação de resultados de enfermagem (NOC), respetivamente. Para que fique claro para o leitor, colocaremos entre aspas quando recorremos às nomenclaturas destas classificações. Por último, terminar-se-á com as considerações finais dos autores.

2. ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO

Os benefícios para a saúde adquiridos pela prática da atividade física regular têm sido amplamente discutidos e são atualmente sustentados pela evidência científica. “A atividade física reduz o risco de doença coronária e AVC, diabetes, hipertensão arterial, vários tipos de cancro incluindo cancro do cólon e cancro da mama, assim como a depressão” (OMS, 2017). Segundo a mesma fonte, melhora também o equilíbrio energético, o controlo de peso, a condição muscular e cardiorrespiratória, diminui o risco de queda e de fratura da anca ou vertebral. (OMS, 2017). Este facto tem levado a um crescente aumento dos níveis de atividade física da população mundial em geral.

Dentro da atividade física, a ideia de desporto é definido pela Carta Europeia do Desporto como a “inclusão de todas as formas de atividade física, que através de uma participação organizada, ou não, têm por objetivo a expressão ou o melhoramento da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados na competição a todos os níveis” (INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE, 1992). O desporto “caracteriza-se por uma prática metódica de exercícios físicos efetuados pela pessoa em qualquer fase do ciclo de vida, provenientes de diferentes culturas, inserida em diferentes ambientes e vivendo experiências de saúde/doença, com a finalidade de conseguir vigor, agilidade, bem-estar e sucesso” (MAGALHÃES, 2005, p. 159), que se associa em geral a um contexto de atividades competitivas regulamentadas.

Por outro lado, o desporto federado tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na nossa sociedade e, conseqüente, aumento pela procura, o que levou à inevitável evolução dos seus objetivos. A exigência nas diversas modalidades individuais e/ou coletivas exige uma necessidade constante de superação, o que pode levar ao aumento da vulnerabilidade, sendo este o motivo

de especial atenção para os cuidados de enfermagem diferenciados e integrados nas equipas transdisciplinares.

3. O ENFERMEIRO DO DESPORTO

Tendo em conta a procura da melhoria da saúde por parte da população acima referida, é de salientar a importância do enfermeiro no desempenho do papel de promotor e educador para a saúde, uma vez que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde. A enfermagem esteve presente em diversos contextos desportivos a colaborar com instituições desportivas em diferentes modalidades, tal como afirmou Cruz e Oliveira (2005, p. 5), o que permite aferir quais as competências do enfermeiro que têm sido solicitadas na intervenção à pessoa em contexto desportivo. De acordo com os autores supracitados, é importante, contudo, referir que apesar da “presença de enfermeiros em contextos desportivos, quer nacionais ou internacionais, os resultados da sua intervenção e o seu reconhecimento social, nem sempre são valorizados”.

Sodere Erdmann afirmam que “a inserção do enfermeiro no ambiente desportivo deve ser bem

desenhada antes de assumir um espaço que é ainda pouco conhecido para a enfermagem” (2015, p. 314), sendo um dos principais motivos a existência de “uma massa crítica pequena para o seu desenvolvimento” (ERDMANN *et al.*, 2007, p. 242).

Estas afirmações reforçam a evidente necessidade de desenvolver a enfermagem do desporto, especialmente através da investigação, uma vez que a sua presença trará ganhos em saúde para a pessoa em contexto desportivo. A complexidade deste contexto torna cada vez mais importante a estruturação das intervenções de enfermagem com respetiva fundamentação. Desta forma será possível sistematizar a sua prática, com maior clareza no planeamento das intervenções, na sua aplicabilidade, e consequentemente, com uma maior visibilidade e reconhecimento. A enfermagem tem como objetivo, nos variados contextos, prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional.

Os enfermeiros estão presentes em algumas instituições desportivas de relevo, com papel fundamental e reconhecido, contudo, a divulgação científica existente que

fundamente as intervenções em contexto desportivo é parca. Atualmente existem parcerias, criadas por enfermeiros que dedicaram a sua vida ao exercício da profissão no seio desportivo, em instituições de ensino superior, com o fim de promover a procura pela formação nesta área de intervenção. Constatamos, todavia, que é através da formação informal e pela experiência que se tem adquirido e desenvolvido grande parte das competências, seja através dos pares ou por meio do trabalho transdisciplinar, onde a partilha de conhecimentos é fundamental.

Neste contexto, o enfermeiro depara-se maioritariamente com a pessoa saudável, e é neste sentido que surge a complexidade do trabalho a desenvolver. O ambiente desportivo é singular, e por isso diferente de qualquer outro ambiente onde o enfermeiro possa estar inserido. A pessoa no contexto desportivo é confrontada constantemente com a necessidade de atingir os objetivos a que se propõe e segundo Kretly, Oliveira e Bretas (2003, p. 68) também se depara com a necessidade de superação constante do próprio potencial, necessidade de marcas e índices para classificação em competições e medo de estar temporariamente afastado das suas atividades e de ser substituído.

Caracteriza-se, portanto, por vários tipos de pressões, quer ao nível interno, com a necessidade permanente de ter a pessoa em contexto desportivo preparada para a sua atividade, quer ao nível externo, mais concretamente com a mediatização em torno do fenómeno desportivo.

O departamento de saúde de um clube, idealmente, deverá ser composto por uma equipa transdisciplinar, que integra o enfermeiro, com o objetivo comum de promoção de saúde, prevenção de doença, cuidados e tratamentos em fase aguda/urgência, assim como na doença crónica e reabilitação. É com base no trabalho transdisciplinar que se conseguirá uma abordagem holística à pessoa em contexto desportivo, como corrobora Braga (2013, p. 17) ao afirmar que o enfermeiro tem uma importante função de ligação entre os vários profissionais, e que se destaca pela proximidade ao atleta e ao seu processo de tomada de decisão, uma vez que o cuidar em enfermagem é transversal e integrador da pessoa.

É neste sentido que se torna preponderante uma boa comunicação, que revele respeito pelos saberes das várias disciplinas presentes na equipa. Para esta boa relação, as funções de cada elemento têm que ser bem definidas, pois só assim é possível a constante partilha de

informação, de um planeamento conjunto das metas e objetivos para as atividades propostas, reforçadas por uma reavaliação constante dos resultados. Esta sinergia de saberes é fundamental para o sucesso das intervenções conjuntas. O enfermeiro deve reconhecer sempre os limites do seu domínio e competências, fazendo a devida referenciação para outros elementos da equipa transdisciplinar.

O enfermeiro presta os primeiros cuidados nos locais da prática, nomeadamente ao ter uma intervenção precoce no despiste e resolução de situações de emergência e urgência. Também a gestão, monitorização e supervisão do processo de reabilitação e reintegração após lesão faz parte das competências do enfermeiro, ao fazer uso das suas capacidades de promotor e educador para saúde. A sua atenção deve ser múltipla, desde a análise do gesto técnico, da postura, do equipamento desportivo adequado, à gestão do ambiente (ANTUNES, 2015, p. 11), pois particularidades, como por exemplo, o uso de calçado desadequado e um piso com alterações do relevo podem estar na génese de uma lesão desportiva.

4. A PESSOA EM CONTEXTO DESPORTIVO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA AGUDA

O desporto, apesar dos benefícios inerentes, aumenta os riscos de lesão, tanto pela especificidade de cada modalidade, como pelo seu carácter competitivo, sendo que quanto maior o volume de atividade, maior a probabilidade de lesões (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018, p. C-25). Segundo a mesma fonte, o tipo de atividade é importante porque o risco de lesão musculoesquelética está diretamente relacionado com a força e frequência do contacto ou das colisões com outras pessoas, o solo ou outros objetos.

As lesões são a causa mais comum de indisponibilidade para os momentos de treino ou jogo (HÄGGLUND *et al.*, 2013, p. 738). A lesão para o atleta amador pode trazer alterações ao seu dia-a-dia com comprometimento variável das atividades de vida diárias. No entanto, para o atleta profissional a lesão pode afetar a sua carreira. Lesão desportiva é definida como a perda ou anormalidade na estrutura ou funcionalidade corporal resultante de uma exposição isolada à energia física durante o treino ou competição (TIMPKA *et al.*, 2014, p.

425). Diretamente relacionados à lesão desportiva estão associados diversos fatores de risco, identificáveis como intrínsecos, ou não modificáveis, que têm por base a componente biológica da pessoa, tais como existência de lesão prévia, fadiga acumulada, o seu género e idade, e extrínsecos, ou modificáveis, como o ambiente, a alimentação, as cargas de treino ou a modalidade desportiva onde a pessoa se insere.

A pessoa procura o bem-estar físico, o conforto emocional, espiritual e cultural que ao longo do ciclo de vida passa por momentos de desequilíbrio, que se podem traduzir em fenómenos de atenção de enfermagem. Os cuidados de saúde à pessoa em contexto desportivo devem ter por base uma visão humanista, integrando as várias dimensões da pessoa, onde o planeamento das intervenções de enfermagem deve ser congruente e diferenciador, nas quais o enfermeiro tem um importante papel na prevenção de doença e lesão, através da gestão do risco associado aos vários fatores identificados.

5. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES À PESSOA EM CONTEXTO DESPORTIVO

O desenvolvimento da área de intervenção no desporto deverá passar pela sistematização e

uniformização do registo das ocorrências em saúde. As classificações de enfermagem podem ser determinantes neste processo, uma vez que proporcionam o raciocínio clínico requerido no cuidado de enfermagem, a construção e organização do conhecimento da disciplina (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013, p. 135). Recorre-se, assim, às classificações NANDA-I, NIC e NOC como suporte às decisões dos principais diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados em contexto desportivo. A classificação NANDA-I foi concebida para ser usada nos mais variados contextos da prática clínica, onde o meio desportivo não é exceção.

O potencial da presença do enfermeiro no contexto desportivo é múltiplo e, desta forma, os fenómenos de atenção de enfermagem também carecem desta multiplicidade, pelo que serão desenvolvidos os que consideramos de maior importância em texto, sendo os restantes apresentados em tabela. Neste sentido, o exercício que se propõe será destacar os principais diagnósticos, intervenções e alguns resultados esperados associados à pessoa em contexto desportivo, relacionado com a experiência dos autores, não obstante que cada plano pode e deve ser alterado mediante a avaliação e complexidade/singularidade do contexto apresentado.

A “promoção da saúde” é um dos domínios em que o enfermeiro do desporto assume maior relevo, pois num departamento de saúde estruturado é um dos elementos que tem potencial para estar mais tempo com a pessoa em contexto desportivo e aliado ao facto da sua formação ser diferenciada, abrangente e holística, pode posicionar-se como o principal promotor de saúde.

A “adesão a comportamentos saudáveis” e o “controlo de saúde” são intervenções transversais, que devem atender às necessidades da pessoa, ao destacar-se a atitude do mesmo face a um “plano de promoção de saúde e/ou terapêutico”, “modificação de estilos de vida” e “comportamentos para alcançar metas específicas de saúde”. São focos que podem levar a resultados de eficácia variável e que estão relacionados com a satisfação dos cuidados, a complexidade dos tratamentos, o conhecimento sobre os mesmos, a sua motivação, a exacerbação ou diminuição de sintomas e a obtenção ou não de resultados. A pandemia do COVID-19, como várias outras doenças infecciosas, é um dos vários exemplos do potencial de intervenção que o enfermeiro pode ter também neste contexto com a implementação de estratégias de prevenção da doença e de retorno à atividade desportiva em segurança (TORESDAHL; ASIF, 2020).

Relativamente à “nutrição” e ao controlo hidroeletrólítico, o enfermeiro, em parceria com o nutricionista/dietista, gere muitos dos cuidados neste âmbito uma vez que tem impacto direto no rendimento e bem-estar. Apesar deste trabalho transdisciplinar, o enfermeiro é autónomo no aconselhamento e na gestão nutricional no quotidiano da pessoa em contexto desportivo, nomeadamente nos momentos que antecedem a competição, no decorrer da mesma e numa fase posterior, com o objetivo de recuperação.

Cada plano nutricional deve ser aplicado individualmente, conforme a modalidade, o esforço despendido, as condições climatéricas e os próprios hábitos da pessoa, sendo fulcral o conhecimento do enfermeiro de todos estes fatores para a atualização constante do plano definido em equipa transdisciplinar. Díez (2014, p. 66) afirma que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade de fornecer informação sobre educação para a saúde, especialmente nos jovens que se iniciam numa modalidade desportiva, tanto a nível do seu desenvolvimento desportivo, como nos vários riscos a que estão expostos neste contexto.

O síndrome RED-S, uma condição relacionada com a nutrição, mas também com várias outras questões como

alterações do metabolismo, função menstrual, saúde óssea, imunidade da síntese proteica e saúde cardiovascular, por vezes associada à atleta feminina, é outro exemplo onde o enfermeiro do desporto pode ter um papel fundamental na identificação precoce do risco, com a utilização de instrumentos de avaliação como o RED-S CAT, na prevenção, na compreensão das consequências para a saúde e rendimento e na gestão do tratamento e retorno à competição (FINDLAY *et al.*, 2020; MOUNTJOY *et al.*, 2018, 2015).

A pessoa em contexto desportivo diariamente tenta superar-se, o que pode provocar alterações no seu organismo. O “controlo de medicamentos” pode fazer parte da estratégia de resolução face às alterações, onde o enfermeiro tem funções determinantes. É com base na supervisão do plano terapêutico que se poderá melhorar a sua qualidade de vida e desportiva, contudo, e destacar, a prevenção e consciencialização para a não utilização de substâncias ergogénicas ilegais. A utilização de substâncias ergogénicas pode constituir um problema de saúde pública, principalmente nos adolescentes (DUNN; WHITE, 2011, p. 10), bem como a utilização inadequada de suplementos (ALVES; LIMA, 2009, p. 288). Estas substâncias, consideradas como auxiliares do aumento da

performance desportiva, podem levar a riscos para a saúde, tendo sido associadas a condições patológicas severas ao nível cardiovascular, endócrina e psiquiátrica (ANGELL *et al.*, 2012, p. 119).

No “controlo da eliminação” assume-se uma direta relação com os hábitos alimentares, onde a “diarreia” será a maior preocupação, principalmente em viagens ou digressões, em que o enfermeiro afere sobre a qualidade dos produtos consumidos. O seu controlo, através de medidas farmacológicas e alimentares deve ser imediato, pois o risco de desidratação e o “risco de desequilíbrio eletrolítico” podem comprometer a saúde da pessoa em contexto desportivo.

A atividade física faz parte da definição da prática desportiva, e o rendimento está diretamente associado ao “repouso”, ao existir um equilíbrio energético entre ambos. A “fadiga” é um dos fatores que pode precipitar o comprometimento deste equilíbrio, que se define de acordo com Herdman & Kamitsuru (2018, p. 226) como “a sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. As viagens, a “ansiedade” pré-evento, a “insónia”, questões de insucesso desportivo ou “processos familiares disfuncionais” podem potenciar este fenómeno,

predispondo à fadiga física e psicológica. A monitorização e intervenção no sono é uma área que o enfermeiro deve ter presente, uma vez que o sono insuficiente pode ter efeitos significativos na performance do atleta (AROSO; CARNEIRO; VAZ, 2020). Segundo Jones, Griffiths e Mellalieu (2017, p. 943), se não existir tempo de recuperação suficiente entre o treino e a competição, a fadiga acumula-se, comprometendo aspetos chave do rendimento e resultando num risco aumentado de doença, logo a periodização da época e/ou evento desportivo deve ser prioridade de todos os profissionais. A periodização é definida por Robertson e Joyce (2015, p. 99) como "a implementação de mudanças planeadas em variáveis de treino agudo para otimizar e manter os ganhos na performance". Também na área da recuperação do esforço e fadiga existem várias estratégias onde o enfermeiro poderá dar o seu contributo.

A “mobilidade física” é algo essencial, e assume-se que será um dos aspetos em que o enfermeiro se deve focar, pois a falta desta, genericamente, é sinónimo de insucesso desportivo. A “promoção do exercício”, a prevenção ou a reabilitação da lesão é conseguida, de acordo com as intervenções disponíveis na NIC, através de “alongamentos”, “treino de fortalecimento” e “terapia com

exercício”, como “controlo muscular”, “andar”, “equilíbrio” e “mobilidade articular”, embora existam várias opções terapêuticas não descritas nesta classificação de enfermagem. As lesões músculo-esqueléticas são o aspeto de maior preocupação por parte da pessoa em contexto desportivo, por serem tendencialmente frequentes, o que provoca incapacidade funcional e “dor aguda” em grande parte dos eventos. Segundo Herdman e Kamitsuru (2018, p. 445) a dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão (...) com início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível”.

É através do controlo deste sintoma que se promoverá junto da pessoa em contexto desportivo a relação de confiança, a “disposição para comportamento de saúde melhorado” e acima de tudo o seu bem-estar, nas diversas vertentes. Ainda assim, a “dor aguda” está frequentemente presente na pessoa em contexto desportivo e nem sempre esta, é restritiva da atividade, pelo que o enfermeiro do desporto se depara, portanto, com um diferente paradigma na gestão da dor, apesar de considerar a sua importância, tal como afirma Kretly *et al.*, (2003, p. 68).

As contusões, fraturas ósseas, entorses, traumatismos cranianos como a concussão cerebral, entre outros fenómenos traumáticos, são frequentes em diversas modalidades, onde o enfermeiro deve garantir uma postura de controlo e restrição de movimentos do corpo numa fase inicial. Em situações de concussão cerebral, o exame neurológico precoce é crucial como meio de prevenção da morbilidade/mortalidade. A “monitorização neurológica”, ao utilizar-se ferramentas já existentes para avaliação, como o Sport Concussion Assessment Tool (ECHEMENDIA *et al.*, 2017), entre outros, é essencial e deve ser promovida junto de todos os profissionais de saúde responsáveis por situações de emergência. Associado a este tipo de eventos, é comum o diagnóstico de enfermagem de “confusão aguda”.

Dos vários domínios existentes na NANDA, um dos essenciais à pessoa em contexto desportivo é a “segurança e proteção”, o que realça o papel de gestor de risco do enfermeiro no contexto desportivo, razão pela qual muitos dos diagnósticos traduzem a possibilidade de acontecimentos, tais como, “risco de queda” e “risco de resposta alérgica”. A “intolerância à atividade” pode desencadear os diagnósticos de enfermagem de “débito cardíaco diminuído” e “padrão respiratório ineficaz”,

diagnósticos estes que exigem a maior atenção, uma vez que o risco de paragem cardiovascular existe, e as taxas de morte súbita, de origem cardíaca, rondam, no geral, a relação de 1 em 50000 desportistas por ano (ASIF; HARMON, 2017). A maioria dos atletas envolvem-se em intensidades de exercício e volume de treino, que é pelo menos 5 a 10 vezes maior do que as recomendações gerais para atividade física, o que são sugestivos e trazem um impacto na mortalidade e eventos adversos cardíacos (MERGHANI; MALHOTRA; SHARMA, 2016). O enfermeiro adquire extrema importância na “mediação de situações de emergência/ urgência, quer na sua resolução em parceria com outros profissionais de saúde, quer no papel de implementação de protocolos de atuação.

Ainda no domínio NANDA da “segurança e proteção”, os cuidados à pele constituem uma área interventiva de extrema importância, pois a pele apresenta-se como a primeira barreira às agressões externas. Em contexto desportivo é frequente que os focos de tratamento estejam relacionados com “integridade da pele prejudicada” como macerações, lacerações, eritemas, lesões fúngicas e feridas cirúrgicas. Segundo Fritz *et al.*, (2012) o comprometimento da integridade cutânea promove uma porta de entrada a microrganismos. Seguindo a ideia dos

autores supracitados, a pessoa em contexto desportivo frequentemente apresenta abrasões cutâneas, tem contacto físico com outros e pode partilhar equipamento desportivo e utensílios de higiene pessoal, potencialmente contaminados, aumentando assim o “risco de infeção”, pelo que intervenções adequadas e atempadas poderão evitar infeção cruzada, tal como *tinea pedis* (pé de atleta).

Os domínios NANDA da “perceção/cognição” e “autoperceção” realçam os focos do “conhecimento”, “controlo emocional”, “autoconceito”, “autoestima” e “esperança”. A “educação para a saúde” é transversal a todas as intervenções de enfermagem, pelo que quando insuficiente deriva em conhecimento deficiente e práticas potencialmente danosas.

A “ansiedade” surge como um diagnóstico de enfermagem muito presente na atividade desportiva. A prevalência reportada em distúrbios mentais entre atletas masculinos de elite de desportos coletivos varia entre 5 % para *burnout* e uso adverso de álcool e até perto de 45 % para a ansiedade e depressão (REARDON *et al.*, 2019). A pessoa em contexto desportivo tem fatores ansiogénicos específicos como o seu contrato desportivo e a obtenção/manutenção de um lugar na equipa e/ou seleção, pelo que a gestão inadequada deste fenómeno pode levar

a um impacto negativo no desempenho em treino e competição, a um aumento do risco de lesão, a um atraso na reabilitação da lesão e no retorno à competição e a um aumento do risco de recidiva (FORD *et al.*, 2017). O estabelecimento de metas que sejam mútuas à pessoa em contexto desportivo e à equipa transdisciplinar que a acompanha promove a relação terapêutica baseada na confiança, que é fulcral para qualquer ganho em saúde.

Existem intervenções que são transversais a qualquer trabalho desenvolvido junto da pessoa em contexto desportivo, tais como a “monitorização de sinais vitais”. Esta é uma intervenção que tem como objetivo conhecer os parâmetros fisiológicos da pessoa permitindo a identificação de situações de doença.

As seguintes tabelas pretendem reunir uma sugestão dos autores sobre alguns potenciais diagnósticos de enfermagem e a sua relação com intervenções de enfermagem à pessoa em contexto desportivo (Tabela 1), bem como a enumeração das várias intervenções (Tabela 2). Salienta-se, que são sugestões e não premissas estanques e inflexíveis, pois um plano de cuidados de enfermagem deve ser adaptado à especificidade da pessoa, modalidade e ao ambiente em causa.

Tabela 1: Potenciais diagnósticos de enfermagem e sua relação com intervenções de enfermagem à pessoa em contexto desportivo, segundo a NANDA-I e NIC.

Diagnósticos NANDA	Intervenções NIC (Classes)																			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Promocão de Saúde Comportamento de saúde propenso a risco - 00188 Controlo de saúde eficaz - 00078 Disposição para controle de saúde melhorado - 00162	✓				✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nutrição Sobrepeso (risco de) - 00233, 00234 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais - 00002 Exposição para nutrição melhorada - 00163 Risco de desequilíbrio eletrolítico - 00195				✓	✓		✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Diagnósticos NANDA	Intervenções NIC (Classes)																													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	Z	a	b	c	d	
Eliminação / Trocas Diarreia - 00013 Motilidade gastrointestinal disfuncional - 00196		✓		✓	✓		✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓									✓			✓
Atividade / Repouso Insônia - 00095 Padrão de sono prejudicado - 00198 Fadiga - 00093 Intolerância à atividade - 0092 Risco de síndrome de desuso - 00040 Mobilidade física prejudicada - 00085 Débito cardíaco diminuído - 00029 Padrão respiratório ineficaz - 00032	✓		✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓	✓		✓					✓			

Diagnósticos NANDA	Intervenções NIC (Classes)																												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	Y	Z	a	b	c	d
Percepção / Cognição Controlo emocional Instável – 00251 Confusão aguda – 00128					✓	✓		✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓
Papéis / Relacionamen- to Processos familiares dissfuncionais – 00063															✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				✓		✓
Coping / Stress Ansiedade – 00146								✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				✓		✓
Princípios da vida Conflito de decisão – 00083															✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓				✓		✓

Diagnósticos NANDA	Intervenções NIC (Classes)																			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Segurança / Proteção Risco de infecção – 00004 Risco de choque – 00205 Risco de sangramento – 00206 Integridade da pele prejudicada – 00046 Integridade tissular prejudicada – 00044 Risco de lesão (térmica, na córnea) – 00035, 00220, 00245 Risco de quedas – 00155 Risco de trauma (vascular) – 00038, 00213 Risco de resposta alérgica – 00217 Hipotermia – 00006 Hipertermia – 00007	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Conforto Dor aguda – 00132 Conforto prejudicado – 00214 Náusea – 00134	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Adaptado de Herdman & Kamitsuru (2018) e Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner (2016).

Tabela 2: Potenciais intervenções de enfermagem à pessoa em contexto desportivo, segundo a NIC (Domínios, Classes e Intervenções).

Fisiológico Básico A – Controlo da atividade e do exercício Promoção do exercício (alongamento, treino para fortalecimento) – 0200, 0202, 0201 Terapia com exercício (controlo muscular, andar, equilíbrio, mobilidade articular,) – 0226, 0221, 0222, 0224 Controlo de energia – 0180 Ensino: Atividade/Exercício prescrito – 5612 B – Controlo da eliminação Controlo da diarreia – 0460 C – Controlo da imobilidade Cuidado com aparelho gessado: Manutenção – 0762 Cuidados com aparelho gessado: Húmido – 0764 Contenção física – 6580 Posicionamento – 0840 Imobilização – 0910 Cuidados com tração / imobilização – 0940 D – Suporte nutricional Planeamento da dieta – 1020 Controlo de distúrbios alimentares – 1030 Controlo da nutrição – 1100 Aconselhamento nutricional - 5246 Monitorização nutricional – 1160 Ensino: dieta prescrita – 5614 Controlo do Peso – 1260 E – Promoção do conforto físico Estimulação Cutânea – 1340 Controlo do ambiente: Conforto – 6482 Aplicação de calor/frio - 1380 Controlo da náusea - 1450 Controlo da dor - 1400 Relaxamento muscular progressivo – 1460 Controlo do prurido – 3550 Massagem - 1480 Toque terapêutico – 5465 Estimulação elétrica nervosa transcutânea – 1540 Controlo do vômito – 1570 F – Facilitação do autocuidado	Fisiológico Complexo G – Controlo eletrolítico e ácido base Administração de medicamentos (intradérmica, intramuscular, analgésicos, inalatória, nasal, oftalmológica, oral, subcutânea, tópica) – 2300, 2314, 2311, 2312, 2313, 2320, 2310, 2304, 2317, 2316 Controlo de eletrólitos – 2000 Monitorização de eletrólitos – 2020 Controlo hidroeletrólítico – 2080 Controlo da hiperglicemia – 2120 Controlo da hipoglicemia – 2130 H – Controlo de medicamentos Controlo de medicamentos – 2380 Ensino: medicamentos prescritos – 5616 I – Controlo neurológico Monitorização neurológica – 2620 J – Cuidados perioperatórios Preparo cirúrgica – 2930 Ensino: pré-operatórios – 5610 K – Controlo respiratório Controlo de vias aéreas - 3140 Controlo da anafilaxia – 6412 Monitorização respiratória – 3350 L – Controlo da pele/feridas Cuidados com o local de incisão – 3440 Monitorização das extremidades inferiores - 3480 Supervisão da pele – 3590 Cuidados com lesões – 3660 M - Termorregulação Tratamento da febre – 3740 Tratamento da hipotermia – 3800 N – Controlo da perfusão tissular Precauções cardíacas – 4050 Controlo de arritmias – 4090 Controlo hídrico – 4120 Monitorização Hídrica – 4130 Controlo de hemorragia – 4160 Punção Endovenosa (EV) – 4190 Terapia Endovenosa (EV) – 4200 Controlo do Choque – 4250 Segurança U – Controlo de crises Gerenciamento do protocolo de emergência – 6140 Cuidados de emergência – 6200 Primeiros Socorros – 6240
--	---

Cuidados com os pés - 1660 Cuidados com as unhas – 1680 Cuidado com os olhos – 1650 Promoção da saúde oral - 1720 Melhora do sono – 1850 Ensino: Cuidados com os pés – 5603 Comportamental O – Terapia comportamental Controlo do comportamento – 4350 Modificação do comportamento - 4360 Estabelecimento de metas mútuas – 4410 P – Terapia cognitiva Facilitação da aprendizagem – 5520 Q – Melhora da comunicação Escuta ativa - 4920 Mediação de conflitos – 5020 R – Assistência no enfrentamento Melhora do enfrentamento – 5230 Aconselhamento – 5240 Apoio à tomada de decisão – 5250 Apoio emocional – 5270 Promoção da esperança – 5310 Controlo do Humor - 5330 Presença – 5340 Aumento da segurança – 5380 Melhora da autoestima – 5400 S – Educação do paciente Educação para a saúde – 5510 Ensino (Cuidados com os pés, dieta prescrita, exercício prescrito, indivíduo, medicamentos prescritos, pré-operatórios, procedimento/tratamento, processo da doença) – 5603, 5614, 5612, 5606, 5616, 5610, 5618, 5602 T – Promoção do conforto psicológico Redução da ansiedade – 5820 Terapia de relaxamento – 6040	Ressuscitação cardiopulmonar – 6320 V – Controlo de riscos Controlo do ambiente – 6480 Prevenção de quedas – 6490 Avaliação de saúde – 6520 Controlo de infeção – 6540 Supervisão – 6650 Monitorização de sinais vitais – 6680 Família e Comunidade X – Cuidados ao longo da vida Apoio familiar - 7140 Promoção do envolvimento familiar – 7110 c – Promoção da saúde da comunidade Desenvolvimento de programa de saúde – 8700 d – Controlo de riscos na comunidade Avaliação de saúde – 6520 Identificação de risco – 6610 Sistemas de Saúde Y – Mediação com sistema de saúde Desenvolvimento de protocolos de cuidados – 7640 a – Controlo do sistema de saúde Apoio ao médico – 7710 Verificação do carrinho de emergências – 7660 b – Controlo de informação Troca de informações sobre cuidados de saúde – 7960 Relato de incidentes – 7980 Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares – 8020 Encaminhamentos – 8100
---	---

Fonte: Os autores.

Tabela 2: Potenciais intervenções de enfermagem à pessoa em contexto desportivo, segundo a NIC (Domínios, Classes e Intervenções).

Fisiológico Básico A – Controlo da atividade e do exercício Promoção do exercício (alongamento, treino para fortalecimento) – 0200, 0202, 0201 Terapia com exercício (controlo muscular, andar, equilíbrio, mobilidade articular,) – 0226, 0221, 0222, 0224 Controlo de energia – 0180 Ensino: Atividade/Exercício prescrito – 5612 B – Controlo da eliminação Controlo da diarreia – 0460 C – Controlo da imobilidade Cuidado com aparelho gessado: Manutenção – 0762 Cuidados com aparelho gessado: Húmido – 0764 Contenção física – 6580 Posicionamento – 0840 Imobilização – 0910 Cuidados com tração/imobilização – 0940 D – Suporte nutricional Planeamento da dieta – 1020 Controlo de distúrbios alimentares – 1030 Controlo da nutrição – 1100 Aconselhamento nutricional – 5246 Monitorização nutricional – 1160 Ensino: dieta prescrita – 5614 Controlo do Peso – 1260 E – Promoção do conforto físico Estimulação Cutânea – 1340 Controlo do ambiente: Conforto – 6482 Aplicação de calor/frio – 1380 Controlo da náusea – 1450 Controlo da dor – 1400 Relaxamento muscular progressivo – 1460 Controlo do prurido – 3550 Massagem – 1480 Toque terapêutico – 5465	Fisiológico Complexo G – Controlo eletrolítico e ácido base Administração de medicamentos (intradérmica, intramuscular, analgésicos, inalatória, nasal, oftalmológica, oral, subcutânea, tópica) – 2300, 2314, 2311, 2312, 2313, 2320, 2310, 2304, 2317, 2316 Controlo de eletrólitos – 2000 Monitorização de eletrólitos – 2020 Controlo hidroeletrólítico – 2080 Controlo da hiperglicemia – 2120 Controlo da hipoglicémia – 2130 H – Controlo de medicamentos Controlo de medicamentos – 2380 Ensino: medicamentos prescritos – 5616 I – Controlo neurológico Monitorização neurológica – 2620 J – Cuidados perioperatórios Preparo cirúrgica – 2930 Ensino: pré-operatórios – 5610 K – Controlo respiratório Controlo de vias aéreas – 3140 Controlo da anafilaxia – 6412 Monitorização respiratória – 3350 L – Controlo da pele/feridas Cuidados com o local de incisão – 3440 Monitorização das extremidades inferiores – 3480 Supervisão da pele – 3590 Cuidados com lesões – 3660 M - Termorregulação Tratamento da febre – 3740 Tratamento da hipotermia – 3800 N – Controlo da perfusão tissular Precauções cardíacas – 4050 Controlo de arritmias – 4090 Controlo hídrico – 4120 Monitorização Hídrica – 4130 Controlo de hemorragia – 4160 Punção Endovenosa (EV) – 4190 Terapia Endovenosa (EV) – 4200 Controlo do Choque – 4250
---	---

Estimulação elétrica nervosa transcutânea - 1540 Controlo do vômito - 1570 F - Facilitação do autocuidado Cuidados com os pés - 1660 Cuidados com as unhas - 1680 Cuidado com os olhos - 1650 Promoção da saúde oral - 1720 Melhora do sono - 1850 Ensino: Cuidados com os pés - 5603 Comportamental O - Terapia comportamental Controlo do comportamento - 4350 Modificação do comportamento - 4360 Estabelecimento de metas mútuas - 4410 P - Terapia cognitiva Facilitação da aprendizagem - 5520 Q - Melhora da comunicação Escuta ativa - 4920 Mediação de conflitos - 5020 R - Assistência no enfrentamento Melhora do enfrentamento - 5230 Aconselhamento - 5240 Apoio à tomada de decisão - 5250 Apoio emocional - 5270 Promoção da esperança - 5310 Controlo do Humor - 5330 Presença - 5340 Aumento da segurança - 5380 Melhora da autoestima - 5400 S - Educação do paciente Educação para a saúde - 5510 Ensino (Cuidados com os pés, dieta prescrita, exercício prescrito, indivíduo, medicamentos prescritos, pré-operatórios, procedimento/ tratamento, processo da doença) - 5603, 5614, 5612, 5606, 5616, 5610, 5618, 5602 T - Promoção do conforto psicológico Redução da ansiedade - 5820 Terapia de relaxamento - 6040	Segurança U - Controlo de crises Gerenciamento do protocolo de emergência - 6140 Cuidados de emergência - 6200 Primeiros Socorros - 6240 Ressuscitação cardiopulmonar - 6320 V - Controlo de riscos Controlo do ambiente - 6480 Prevenção de quedas - 6490 Avaliação de saúde - 6520 Controlo de infeção - 6540 Supervisão - 6650 Monitorização de sinais vitais - 6680 Família e Comunidade X - Cuidados ao longo da vida Apoio familiar - 7140 Promoção do envolvimento familiar - 7110 c - Promoção da saúde da comunidade Desenvolvimento de programa de saúde - 8700 d - Controlo de riscos na comunidade Avaliação de saúde - 6520 Identificação de risco - 6610 Sistemas de Saúde Y - Mediação com sistema de saúde Desenvolvimento de protocolos de cuidados - 7640 a - Controlo do sistema de saúde Apoio ao médico - 7710 Verificação do carrinho de emergências - 7660 b - Controlo de informação Troca de informações sobre cuidados de saúde - 7960 Relato de incidentes - 7980 Reunião para avaliação dos cuidados multidisciplinares - 8020 Encaminhamentos - 8100
---	---

Fonte: Adaptado de Bulechek *et al.*, (2016).

Ao assumir a premissa da classificação dos diagnósticos e das intervenções, é importante que os resultados esperados para estas também sejam nomeados. Cada resultado deve ser esperado individualmente aos problemas identificados e às intervenções que foram delineadas para a sua resolução. A alteração de um resultado é a consequência das intervenções implementadas pelo enfermeiro, sendo que “os tratamentos escolhidos para um diagnóstico são variáveis, dependendo da experiência do enfermeiro, do resultado desejado, do período de interação enfermeiro-paciente e das preferências do paciente” (JOHNSON *et al.*, 2016, p. 522).

A cada diagnóstico associam-se resultados exetáveis para se avaliar a resolução do mesmo, tal como no “conforto prejudicado” deve ser mensurado através da avaliação do seu estado, nas diversas vertentes, sejam elas o ambiente, o físico, o psicossocial e o sociocultural. As características que definem o problema também são tidas em conta, pois só desta maneira é possível individualizar cada plano e, por exemplo, no caso da “diarreia”, são tidos em conta aspetos como o nível de desconforto e a dor.

Os fatores de risco ou fatores relacionados com o diagnóstico fazem parte da avaliação do enfermeiro, pois

em algumas situações é esta relação que poderá precipitar novos problemas e/ou adaptação das intervenções aos já existentes. Por exemplo, em situação de necessidade de intervenção cirúrgica, o diagnóstico “dor aguda” está habitualmente presente. A dor pode estar relacionada com diversos fatores e, inclusive, a outros diagnósticos como a “integridade da pele prejudicada” ou “risco de infeção”. A partir desta relação os resultados esperados relativamente ao diagnóstico serão a “cicatrização da ferida”, a “gravidade da lesão física”, a “recuperação cirúrgica” quer no pós-operatório imediato quer no período de convalescença e a própria “resposta ao fármaco”, sendo que não se poderão assemelhar a resultados esperados noutros diagnósticos.

Um dos mais comuns diagnósticos em contexto desportivo é a “mobilidade física prejudicada”, pelo que no exemplo de uma pessoa que sofreu entorse do tornozelo, os resultados para mensurar a resolução do diagnóstico, e elaborados anteriormente às intervenções acima sugeridas, deverão ser a “mobilidade” e a “locomoção: andar”. Para avaliar as características do problema em fase aguda os resultados expetáveis sugeridos pela NOC são o “desempenho na mecânica corporal”, a “mobilidade articular” e o “movimento coordenado”, pelo que numa fase

posterior os resultados esperáveis são o “andar”, o “equilíbrio” e o “desempenho na transferência”.

A grande diversidade de resultados possíveis demonstra o quão complexa pode tornar-se a aplicação dos sistemas de informação na prática. É este aspeto que permite que qualquer plano de cuidados seja otimizado na procura constante pelo melhor resultado possível em função da pessoa em contexto desportivo. Tal como descreve Johnson *et al.*, (2016, p. 2) “os resultados são conceitos variáveis”, e é este conceito de variabilidade que tem que estar presente e claro na ação do enfermeiro ao delinear as suas estratégias de atuação, tendo por base NANDA, NIC e NOC, ou outra classificação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, como ciência e como profissão, sempre demonstrou ao longo dos anos a sua importância no cuidar da pessoa, família e comunidades em todas as fases do ciclo vital. Este aspeto leva-nos a refletir sobre o porquê da prática de cuidados de enfermagem ter uma longa história hospitalocêntrica. Foi intenção dar visibilidade e valorizar uma área de enfermagem com grande potencial de cuidados que é o contexto desportivo.

É importante que haja investimento e inovação e que se desenvolvam linhas de investigação neste âmbito, para fundamentar a atividade dos enfermeiros que atuam em contextos desportivo, como são exemplo os recintos desportivos, instituições desportivas, ginásios e *health* clubes, que são locais de excelência para esse investimento e para essa mudança. Contudo, tem de existir interesse por parte dos enfermeiros que já desenvolvem ou querem desenvolver a sua prática clínica neste contexto, pois a pouca documentação da prática é um desafio e um grande obstáculo ao desenvolvimento científico. Este facto contribuiu para que a principal base de informação apresentada ao longo do capítulo esteja relacionada com a prática clínica dos autores.

O investimento na investigação na enfermagem do desporto, bem como a sua prática, deverá ser fomentada nas unidades de ensino e promovida junto dos estudantes e dos enfermeiros, através de módulos de formação e parcerias com instituições desportivas e universidades, por exemplo.

A consciencialização da necessidade da presença do enfermeiro por parte das entidades e da pessoa em contexto desportivo é, uma importante meta a alcançar, pelo que é necessária a divulgação das boas práticas realizadas

neste contexto e da importância do enfermeiro como agente promotor de saúde do atleta. Esta divulgação começa pela percepção dentro da enfermagem, de que os cuidados de enfermagem são necessários em todos os contextos onde existam pessoas e onde sejam identificadas necessidades, como é o caso do desporto.

Para o trabalho desenvolvido na área desportiva, o trabalho transdisciplinar é imprescindível. É a partilha de conhecimentos das diferentes profissões e conhecimento exato das suas funções, que fará com que os cuidados prestados sejam holísticos, no seu verdadeiro sentido. Uma condicionante, muitas das vezes, é o facto das instituições não possuírem poder económico e financeiro que suporte uma equipa transdisciplinar no seu departamento de saúde, mas mesmo nestas situações, os enfermeiros que nelas exercem funções, deverão ter sempre presente os limites da sua prática e procurar soluções que salvaguardem a integridade, a saúde e o bem-estar da pessoa em contexto desportivo em parceria com outros profissionais.

Os sistemas de classificação devem ser contemplados como uma ferramenta que permita sistematizar o plano de cuidados. A sua atualização constante é um fator essencial na adequação da intervenção do enfermeiro.

O facto de o enfermeiro ter competências em diversos domínios, pode significar um melhor contributo para a pessoa em contexto desportivo. Para se alcançar este objetivo será determinante a procura de formação/conhecimentos na área do exercício físico e na modalidade específica em que pretende realizar a prática clínica, o que permite intervir de forma sustentada e sistemática.

Teremos uma longa caminhada, mas ao ser feita de forma sustentada em evidência científica, permitirá não apenas a obtenção da visibilidade da nossa prática clínica, mas sim a significância para a pessoa alvo da prática dos nossos cuidados, a pessoa em contexto desportivo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Crésio; LIMA, Renata Villas Boas. Uso de suplementos alimentares por adolescentes. **Jornal de Pediatria**, vol. 85, no. 4, p. 287–294, 2009.

ANGELL, Peter; CHESTER, Neil; GREEN, Danny; SOMAUROO, John; WHYTE, Greg; GEORGE, Keith. Anabolic Steroids and Cardiovascular Risk. **Sports Medicine**, vol. 42, no. 2, p. 119–134, 2012.

ANTUNES, Nuno. O enfermeiro no desporto. **Sinais Vitais**, vol. 117, p. 9–11, 2015.

AROSO, Margarida; CARNEIRO, José Carlos; VAZ, Manuel.

Insónia no Atleta. **Revista Medicina Desportiva informa**, vol. 11, no. 2, p. 10–13, 2020.

ASIF, Irfan M.; HARMON, Kimberly G. Incidence and Etiology of Sudden Cardiac Death: New Updates for Athletic Departments. **Sports Health: A Multidisciplinary Approach**, vol. 9, no. 3, p. 268–279, 2017. DOI 10.1177/1941738117694153. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1941738117694153>.

BRAGA, Eduardo. Enfermagem Desportiva - Cuidar de quem quer superar os seus limites. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**, Lisboa, , p. 17–19, 2013.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne M.; WAGNER, Cheryl M. **NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, p. 134–141, 2013.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, vol. 100, no. 2, p. 126–131, 1985.

CRUZ, A. G.; OLIVEIRA, L. M. N. **Saúde, Desporto e Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005.

DÍEZ, Mireya Fabo. Atención integral de enfermería en el ámbito de la salud deportiva incorporación del profesional de enfermería en el equipo técnico de competición. 2014. 2014.

DUNN, Matthew; WHITE, Victoria. The epidemiology of

anabolic-androgenic steroid use among Australian secondary school students. **Journal of Science and Medicine in Sport**, vol. 14, no. 1, p. 10–14, 2011.

EHEMENDIA, Ruben J; MEEUWISSE, Willem; MCCRORY, Paul; DAVIS, Gavin A; PUTUKIAN, Margot; LEDDY, John; MAKDISSI, Michael; SULLIVAN, S John; BROGLIO, Steven P; RAFTERY, Martin; SCHNEIDER, Kathryn; KISSICK, James; MCCREA, Michael; DVOŘÁK, Jiří; SILLS, Allen K; AUBRY, Mark; ENGBRETSSEN, Lars; LOOSEMORE, Mike; FULLER, Gordon; ... HERRING, Stanley. The Sport Concussion Assessment Tool 5th Edition (SCAT5): Background and rationale. **British Journal of Sports Medicine**, vol. 51, p. 848–850, 2017.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; SILVA, Glaucia Kruger da; RAMOS, Sabrina Leitis. Cuidado de Enfermagem e Educação em Saúde com Profissionais do Surf. **Cogitare Enfermagem**, vol. 12, no. 2, p. 241–247, 2007.

FINDLAY, Rebekka J.; MACRAE, Eilidh H.R.; WHYTE, Ian Y.; EASTON, Chris; FORREST, Laura J. How the menstrual cycle and menstruation affect sporting performance: Experiences and perceptions of elite female rugby players. **British Journal of Sports Medicine**, vol. 0, p. 1–7, 2020.

FORD, Jessica; ILDEFONSO, Kenneth; JONES, Megan; ARVINEN-BARROW, Monna. Sport-related anxiety: current insights. **Open Access Journal of Sports Medicine**, vol. 8, p. 205–212, 2017.

FRITZ, Stephanie A.; LONG, Marcus; GAEBELEIN, Claude J.; MARTIN, Madeline S.; HOGAN, Patrick G.; YETTER, John. Practices and Procedures to Prevent the Transmission of Skin and Soft Tissue Infections in High School Athletes. **Journal of School Nursing**, vol. 28, no. 5, p. 389–396, 2012.

HÄGGLUND, Martin; WALDÉN, Markus; MAGNUSSON, Henrik; KRISTENSON, Karolina; BENGTSSON, Håkan; EKSTRAND, Jan. Injuries affect team performance negatively in professional football: An 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. **British Journal of Sports Medicine**, vol. 47, p. 738–742, 2013.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020**. 11ª Edição. Nova Iorque: [s. n.], 2018.

INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE. Carta Europeia do Desporto. 1992.

JOHNSON, Marion; MOORHEAD, Sue; MAAS, Meridean L.; SWANSON, Elizabeth. **NOC - Classificação Dos Resultados de Enfermagem**. 5ª Edição. [S. l.]: Elsevier, 2016.

JONES, Christopher M.; GRIFFITHS, Peter C.; MELLALIEU, Stephen D. Training Load and Fatigue Marker Associations with Injury and Illness: A Systematic Review of Longitudinal Studies. **Sports Medicine**, vol. 47, p. 943–974, 2017.

KRETLY, Vanda; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O Significado do Esporte para o Atleta: Um Estudo com os/as atletas do Centro Olímpico de Treinamento e Pesquisa. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 16, no. 1, p. 66–75, 2003. .

MAGALHÃES, Maria Manuela Almendra. Enfermagem no Desporto: Que Formação? Que Ccompetências? Uma perspectiva. In: CRUZ, A. G.; OLIVEIRA, L. M. N. (eds.). **Saúde, Desporto e Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005. p. 151–164.

MERGHANI, Ahmed; MALHOTRA, Aneil; SHARMA, Sanjay. The U-shaped relationship between exercise and cardiac

morbidity. **Trends in Cardiovascular Medicine**, vol. 26, no. 3, p. 232–240, 2016.

MOUNTJOY, Margo; SUNDGOT-BORGEN, Jorunn; BURKE, Louise; CARTER, Susan; CONSTANTINI, Naama; LEBRUN, Constance; MEYER, Nanna; SHERMAN, Roberta; STEFFEN, Kathrin; BUDGETT, Richard; LJUNGQVIST, Arne; ACKERMAN, Kathryn. The IOC relative energy deficiency in sport clinical assessment tool (RED-S CAT). **British journal of sports medicine**, vol. 49, no. 21, p. 1354, 2015.

MOUNTJOY, Margo; SUNDGOT-BORGEN, Jorunn Kaiander; BURKE, Louise M.; ACKERMAN, Kathryn E.; BLAUWET, Cheri; CONSTANTINI, Naama; LEBRUN, Constance; LUNDY, Bronwen; MELIN, Anna Katarina; MEYER, Nanna L.; SHERMAN, Roberta T.; TENFORDE, Adam S.; TORSTVEIT, Monica Klungland; BUDGETT, Richard. IOC consensus statement on relative energy deficiency in sport (RED-S): 2018 update. **British Journal of Sports Medicine**, vol. 52, p. 687–697, 2018. .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 10 facts on physical activity. 2017. Available at: http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/en/. Accessed on: 15 Jan. 2018.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington DC: Department of Health and Human Services, 2018.

REARDON, Claudia L.; HAINLINE, Brian; ARON, Cindy Miller; BARON, David; BAUM, Antonia L.; BINDRA, Abhinav; BUDGETT, Richard; CAMPRIANI, Niccolo; CASTALDELLI-MAIA, João Mauricio; CURRIE, Alan; DEREVENSKY, Jeffrey Lee; GLICK, Ira D.; GORCZYNSKI, Paul; GOUTTEBARGE, Vincent; GRANDNER, Michael A.; HAN, Doug Hyun; MCDUFF, David; MOUNTJOY, Margo; POLAT, Aslihan; ...

ENGBRETSSEN, Lars. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). **British Journal of Sports Medicine**, vol. 53, p. 667–699, 2019. .

ROBERTSON, Samuel J.; JOYCE, David G. Informing in-season tactical periodisation in team sport: development of a match difficulty index for Super Rugby. **Journal of Sports Sciences**, vol. 33, no. 1, p. 99–107, 2015.

SODER, Rafael Marcelo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Gestão do cuidado em enfermagem no contexto do jogador de voleibol de alto rendimento Nursing. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 16, no. 3, p. 306–316, 2015.

TIMPKA, Toomas; JACOBSSON, Jenny; BICKENBACH, Jerome; FINCH, Caroline F.; EKBERG, Joakim; NORDENFELT, Lennart. What is a Sports Injury? **Sports Medicine**, vol. 44, no. 4, p. 423–428, 2014. .

TORESDAHL, Brett G.; ASIF, Irfan M. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Considerations for the Competitive Athlete. **Sports Health**, 2020.

A Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, no sentido de publicizar a qualidade do Programa e, também valorizar a sua produção técnico-científica, divulga junto à comunidade acadêmica o livro: **Sistematização da Assistência de Enfermagem e Diferentes Abordagens sobre o Cuidado**, destinado a enfermeiros (as) e estudantes de Enfermagem interessados na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Esta obra é constituída por dezesseis capítulos, sendo dez deles, gerados a partir das dissertações de alunas do Programa, centrados em pesquisas abordando a SAE, contemplado no Edital 27/2016 do Acordo CAPES/COFEN, além de outros seis capítulos de alunos e de colaboradores do Programa e de colegas internacionais, fruto de parcerias acadêmicas com distintas universidades.

Os conteúdos contemplam temáticas e/ou objetos de estudos de abordagens metodológicas diversas, centradas na área de Atenção à Pessoa Idosa e temas de interesse sobre diferentes abordagens dos cuidados em Enfermagem.



Brazilian Journals Publicações
de Periódicos e Editora

ISBN: 978-65-81028-39-8