



ARTIGO DE PESQUISA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

NURSING DIAGNOSIS IN A LONG STAY INSTITUTION FOR THE ELDERLY
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN HOGARES PARA ANCIANOS

Juliana Ladeira Garbaccio¹, Amanda Domingos Ferreira²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem e as doenças prevalentes dos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos fundamentados na Teoria de Wanda de Aguiar Horta, com o auxílio da Taxonomia II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado de março a maio de 2012, em Piumhi-MG. A amostra constituiu-se de 35 idosos, sendo 65,7% do sexo feminino. A faixa etária variou entre 60 e 107 anos, sendo que 80% eram analfabetos. O principal motivo da institucionalização foi a insuficiência familiar para 86,1% dos idosos e, em relação à funcionalidade, pôde-se identificar que 52,7% eram dependentes. No arrolamento dos Diagnósticos de Enfermagem dos 201 da Taxonomia NANDA II, 35 diagnósticos foram identificados como os mais incidentes: Disposição para religiosidade aumentada (62,8%), Troca de gases prejudicada (60%), Dentição Prejudicada (57,1%) e Risco de quedas (42,8%). Espera-se que esta pesquisa encoraje novos estudos que auxiliem em um delineamento dos Diagnósticos de Enfermagem mais incidentes nos idosos, o que contribuirá para atuação da enfermagem gerontológica em instituição de longa permanência no Brasil. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the main nursing diagnoses and diseases prevalent of residents in a long-term institution for the elderly based on the Theory of Wanda de Aguiar Horta with the help of Taxonomy II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). This is a descriptive quantitative study, conducted from March to May 2012, in Piumhi-MG. The sample consisted of 35 elderly, 65.7% female, age ranged from 60 to 107 years, and 80% of them were illiterate. The main reason for them to be there was the lack of care by the family to 86.1% and regarding the functionality, it could be identified that 52.7% were dependent. In the progress of the 201 nursing diagnoses of NANDA II Taxonomy, 35 diagnoses were identified as the most incidents: Increased willingness to religiosity (62.8%), Impaired gas exchange (60%), Impaired dentition (57.1%) and risk of falls (42.8%). It is hoped that this research inspires new studies that can help distinguishing the most incident Nursing Diagnoses of the elderly, what will contribute to performance of gerontological nursing in long-term institution in Brazil. **Descriptors:** Nursing diagnosis; elderly; long-term institution for elderly; geriatric nursing.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar los diagnósticos de enfermería principales y enfermedades prevalentes de los residentes en una institución de largo plazo para las personas mayores basado en la Teoría de Wanda de Aguiar Horta, con la ayuda de la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Es un estudio descriptivo, cuantitativo, realizado entre marzo y mayo de 2012, en Piumhi-MG. La muestra fue constituida por 35 ancianos, el 65,7% mujeres, con edad entre 60 y 107 años, siendo el 80% analfabetos. La razón principal para institucionalización fue la insuficiencia familiar para el 86,1% de ellos y, respecto a la funcionalidad, se pudo identificar que el 52,7% eran dependientes. En la inscripción de los 201 diagnósticos de enfermería de NANDA, 35 diagnósticos fueron identificados como los más incidentes: disposición a la religiosidad aumentada (62,8%), alteración del intercambio gaseoso (60%), deterioro de la dentadura (57,1%) y riesgo de caídas (42,8%). Se espera que esta investigación lleve a nuevos estudios para subsidiar un nuevo diseño de Diagnósticos de Enfermería más incidentes entre los ancianos, lo que contribuirá a la actuación de la enfermería gerontológica en instituciones de largo plazo en Brasil. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermería; anciano; hogares para ancianos; enfermería geriátrica.

¹Enfermeira. Mestre em Microbiologia. Especialista em Enfermagem Geriátrica. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente da PUCMinas. E-mail: julade@gmail.com. ²Acadêmica do 9º período de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: adomingosferreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional iniciou-se no término do século XIX, em alguns países da Europa Ocidental, se estendendo para os países desenvolvidos e no século passado e nas últimas décadas pelos vários países em desenvolvimento, inclusive o Brasil⁽¹⁾.

E, neste momento de transformações populacionais, o cuidado ao idoso também se modifica, já que, no passado ele provinha principalmente do seio familiar e a mulher era incumbida de cuidar dos seus. Mas a contemporaneidade trouxe mudanças a essa organização. Atualmente percebe-se a transferência da responsabilidade de cuidar do idoso da família e do Estado para a sociedade, o que tem repercutido em um aumento no número de Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI)⁽²⁻³⁻⁴⁾.

No contexto das ILPI há a atuação de diversos profissionais, dentre eles o enfermeiro. A atuação da enfermagem deve basear-se no Processo de Enfermagem (PE), que implica em benefícios por proporcionar uma assistência orientada e organizada⁽⁵⁾. PE é composto de etapas interdependentes e que se inter-relacionam, sendo: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Execução do planejamento de enfermagem e Avaliação de Enfermagem⁽⁶⁾.

A segunda etapa do PE foi o foco deste estudo e ressalta-se que os DE foram inicialmente utilizados em meados da década de 70, por meio de pesquisas executadas por enfermeiras norte-americanas e canadenses, originando a construção de uma terminologia de caráter universal, Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), traduzida no idioma português para ser utilizada no Brasil em 1994. A NANDA constituiu-se de um sistema de classificação que auxiliaria nos registros de enfermagem em

vários contextos de serviços de saúde. Todavia, a sua aplicabilidade é considerada ainda incipiente no cuidado de enfermagem especialmente em alguns grupos, como, por exemplo, assistência gerontológica aos pacientes institucionalizados⁽⁷⁻⁸⁾.

Nos anos de 1970, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta propôs um modelo de assistência no Brasil utilizando o Processo de Enfermagem baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, sendo considerada, então, a precursora brasileira dessa metodologia de trabalho. Além disso, ela apresentou conceitos, proposições e princípios que fundamentariam a enfermagem como ciência⁽⁹⁾.

A teoria de Wanda de Aguiar Horta é regida por leis gerais, sendo elas: a lei do equilíbrio (homeostase e hemodinâmica) - todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmicos entre os seres; a lei da adaptação - todos os seres vivos interagem com o meio externo, buscando sempre o equilíbrio por meio de ajustamentos; a lei do holismo - o ser humano é visto como um todo⁽⁹⁾.

Para tanto, a teoria das necessidades humanas básicas descreve como os desequilíbrios causados pelo não atendimento das necessidades podem afetar o paciente, definindo que necessidades humanas básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Elas são comuns a todos os seres, variando entre os indivíduos, sendo que, em estado de equilíbrio, essas necessidades costumam não emergir⁽⁹⁾.

Diante disso a enfermagem apresenta-se como uma parte integrante da equipe de saúde, promovendo estados de equilíbrio, prevenindo estados de desequilíbrio⁽⁹⁾.

Nesse sentido, para a realização desta pesquisa, questionaram-se quais seriam os

principais DE de idosos residentes em uma ILPI tendo como referencial a teoria de Wanda de Aguiar Horta, uma vez que o não atendimento das necessidades psicobiológicas (oxigenação, nutrição, sono/repouso, motilidade, cuidado corporal dentre outras), das psicossociais (amor, comunicação, lazer, orientação tempo-espaço, autoestima) ou das psicoespirituais (questões religiosas e éticas) causam estado de desequilíbrio, resultando em problemas que podem ser assistidos pela enfermagem⁽⁹⁾.

Dessa forma, é importante conhecer os DE de idosos, com características individuais e comuns, para viabilizar um melhor entendimento dos sinais, sintomas e comportamentos⁽¹⁰⁾, uma vez que a identificação de sinais clínicos e de necessidades é o subsídio para a construção dos DE. De acordo com a Taxonomia II da NANDA, os DE são agrupados por sete eixos: primeiro - o conceito do diagnóstico; segundo - sujeito do diagnóstico; terceiro - julgamento; quarto - localização, que se refere às partes/regiões do corpo e/ou às funções relacionadas aos tecidos, órgãos, estruturas anatômicas; quinto - idade, que indica a faixa etária do sujeito do diagnóstico; sexto - tempo (agudo, crônico) e sétimo - situação do diagnóstico, que os classificam em real, de risco, de bem-estar e de promoção da saúde⁽⁷⁾.

Assim, este estudo teve como objetivo identificar os principais DE e as doenças prevalentes dos residentes em uma ILPI fundamentados na Teoria de Wanda de Aguiar Horta, com o auxílio da Taxonomia II North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo realizado entre março e maio de 2012 em uma ILPI em uma cidade do Centro-Oeste de Minas

Gerais, com população aproximada de 33.000 habitantes, sendo 4.292 idosos, localizada a 256 Km da capital mineira⁽¹¹⁾.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: ser idoso (idade mínima de 60 anos) e residir na ILPI no período de coleta.

A coleta de dados foi realizada pela consulta ao prontuário, exame físico e avaliação da funcionalidade dos idosos. Por meio do prontuário foi possível coletar os dados referentes ao tempo de institucionalização, diagnósticos clínicos e medicações em uso. O exame físico foi realizado pelos pesquisadores na sala de enfermagem da ILPI e com o auxílio de um impresso elaborado para este estudo fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), de Wanda de Aguiar Horta. Esse instrumento continha a identificação do idoso, as necessidades de saúde e as necessidades humanas básicas. A avaliação de funcionalidade foi definida com base nas atividades de vida diária (AVD) pela aplicação da escala de Katz^(9,12).

A partir da obtenção dos dados supracitados foram feitas análises para levantamento dos DE com o auxílio da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association 2009- 2011. Foram identificados os problemas de enfermagem, sendo esses posteriormente agrupados por classes e nos 13 domínios: Atividade/Repouso, Segurança/Proteção, Percepção/Cognição, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Eliminação e Troca, Conforto, Promoção da Saúde, Nutrição, Autopercepção, Relacionamentos, Sexualidade, Princípios de vida, Crescimento/Desenvolvimento⁽⁷⁾.

Após o levantamento dos DE, houve o agrupamento deles conforme a teoria de Wanda Horta a fim de identificar as necessidades humanas básicas afetadas dentro

das necessidades psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual.

Os dados foram organizados em tabelas utilizando o Microsoft Office Excel 2007 e analisados descritivamente em frequências absolutas e percentuais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas (CAAE 0246.0.213.000-11), fundamentado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e, para a realização da entrevista e exame físico, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para aqueles que desejavam participar e eram analfabetos solicitaram-se ao responsável da instituição as respectivas autorizações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população inicial era composta por 36 idosos residentes na instituição, no entanto, com uma recusa, a população final foi composta por 35 pessoas. O sexo feminino foi prevalente $n=23$ (65,7%), a faixa etária variou entre 60 e 107 anos (média 77,6 anos/desvio padrão 11,3 anos). Os demais dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

A predominância de mulheres e sua maior sobrevivência, observada neste estudo, estão de acordo com o padrão demográfico brasileiro atual e, também, com os resultados de pesquisa realizada com a população de Belo Horizonte, Minas Gerais⁽¹³⁾. Acredita-se que a

maior longevidade das mulheres em relação aos homens deve-se à menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e ingestão de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e aumento da cobertura da assistência ginecológica e puerperal⁽¹³⁾.

Em relação à escolaridade, $n=28$ (80%) idosos desta pesquisa eram analfabetos e $n=7$ (20%) tinham o ensino fundamental incompleto, possivelmente pelo fato de, no passado, estudar ou completar os níveis escolares não ser prioridade e o acesso às escolas ser restrito, principalmente às mulheres⁽¹⁴⁾. Assim sendo, a assistência de enfermagem deverá considerar o déficit escolar para pensar em promoção de saúde para esse público, com práticas utilizando linguagem simples, com vocabulário pertinente à idade e à cultura dos idosos⁽¹⁴⁾.

Em relação ao estado civil, $n=18$ (51,4%) eram solteiros; esse fato pode justificar a institucionalização, pois a falta de cônjuges contribui para que o idoso encontre na institucionalização uma forma de sobrevivência⁽¹⁵⁾.

No que se refere à religiosidade, $n=34$ idosos (97,1%) eram católicos e $n=1$ (2,8%) era evangélico. Um estudo realizado em Botacatu-SP envolvendo 365 idosos revelou o alto índice de religiosidade nessa população e a associação entre religião e qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados, Piumhi- Minas Gerais, março-maio, 2012.

Variável	n= 35	%
Sexo		
Feminino	23	65,7
Masculino	12	34,2
Faixa Etária/anos		
60 a 69	9	25,7
70 a 79	11	31,4
80 a 89	9	25,7
Acima de 89	6	17,1
Escolaridade		
Analfabeto	28	80,0
Fundamental Incompleto	7	20,0
Estado Civil		
Solteiro	18	51,4
Viúvo	13	37,1
Divorciado	4	11,4
Religião		
Católica	34	97,1
Evangélica	1	2,8

O principal motivo da institucionalização dos idosos participantes deste estudo foi a insuficiência familiar n= 31 (88,5%), seguido por demandas de cuidado àqueles com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) n= 4 (11,4%). O conceito de que o idoso desprovido de família nuclear apresenta maior perspectiva de asilamento está previsto na Política Nacional de Atenção ao Idoso, expressa na Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, ao especificar que a institucionalização asilar ocorre em casos de inexistência familiar, abandono e deficiência de recurso financeiro próprio ou da família⁽¹⁷⁾.

A insuficiência da família representa uma fragilidade na assistência ao idoso, proveniente da alteração do perfil epidemiológico destas na contemporaneidade, o que confirma o alto percentual neste estudo. Entretanto, institucionalizar representa uma alternativa de cuidado pelas famílias ao delegarem às ILPI a assistência aos seus, que pode até favorecer a criação de hábitos saudáveis, aumento do controle psicológico do idoso, melhora da autoestima e do bem-estar. Todavia, possibilita a

diminuição do convívio social, isolamento, dificuldades de adaptação, depressão, distanciamento dos familiares e entes queridos, perda de identidade, de autonomia e de liberdade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em relação às doenças prevalentes nos idosos em ILPI, elas costumam se enquadrar no grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁽¹⁹⁾. Nesta pesquisa, os dados encontrados corroboram com a literatura⁽²⁰⁾, havendo prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) n= 8 (22,8%) e Diabetes Mellitus n=6 (17,1%) (tabela 2).

No que se refere à HAS, estima-se que 65% dos idosos possuam esta doença e, como em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no Brasil, o número de hipertensos tende a crescer⁽²¹⁾. A HAS constitui atualmente o primeiro fator de risco modificável causador de morbimortalidade por doença cardiovascular em todo o mundo e, quando diagnosticada, uma das primeiras escolhas de tratamento consiste na mudança do estilo de vida. Isto inclui a manutenção de atividade física regular, dieta alimentar saudável e cessação do tabagismo, ações estas que

podem ser otimizadas pela equipe de enfermagem⁽²²⁻²³⁾.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus apresenta-se como relevante causa de morbidade e mortalidade, principalmente entre os idosos,

podendo levar à perda de visão, amputações, neuropatias, complicações cardiovasculares que proporcionam muitas vezes a perda da autonomia e o comprometimento da capacidade funcional do idoso⁽²⁴⁾.

Tabela 2 - Doenças prevalentes nos idosos residentes na ILPI, Piumhi- Minas Gerais, março-maio, 2012.

Doenças	n= 41	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	8	19,5
Diabetes Mellitus	6	17,1
Hipotireoidismo	5	14,2
Neuropatia Alcoólica	5	14,2
Cardiopatias	5	14,2
Doenças Osteomuscular	2	5,7
Câncer Próstata/Mama	2	5,7
Insuficiência Renal/ Insuficiência Hepática	2	5,7
Hipertireoidismo	2	5,7
Parkinson	1	2,8
Epilepsia	1	2,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1	2,8
Doença Chagas	1	2,8

*CA = câncer **DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica

A funcionalidade dos idosos foi avaliada nesta pesquisa pela escala de Katz⁽¹²⁾ com identificação das três classes: dependência moderada n=19 (54,2%), muito dependente n=13 (37,1%) e independente n=3 (8,5%). A presença de idosos dependentes em ILPI, especialmente filantrópicas, é uma realidade em outros Estados brasileiros e não apenas em Minas Gerais⁽¹⁴⁾. A enfermagem, por ser uma prestadora do cuidado, torna-se responsável em identificar o nível de dependência e as limitações funcionais dos idosos, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, alimentar-se. Logo, os idosos mais frágeis e que apresentam maior comprometimento na funcionalidade necessitam de maior atenção dos profissionais de saúde para o suprimento de suas necessidades básicas⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Neste estudo foram identificados 35 DE e 10 domínios com auxílio da Taxonomia II da NANDA, sendo os mais incidentes: Disposição para religiosidade aumentada (62,8%), Troca

de gases prejudicada (60%), Dentição Prejudicada (57,1%) e Risco de quedas (42,8%), mostrados na tabela 3.

O DE “Disposição para religiosidade aumentada” refere-se ao bem-estar e outras pesquisas apontaram que a religiosidade entre os idosos é muito importante, pois ela interfere na interação social e na condição psicológica⁽²⁶⁻²⁷⁾. Pesquisas de 2008 e 2009 admitem essa consideração após obterem um índice superior a 90% de idosos entrevistados afirmando rezar/orar, sendo o meio para encontrar o conforto para superar os desafios advindos do processo de envelhecimento⁽²⁷⁻²⁸⁾.

O DE “Troca de Gases Prejudicada” correspondeu a um elevado percentual entre os idosos avaliados nesta pesquisa e que está em consonância com o envelhecimento, pois é sabido que nessa etapa da vida há um declínio no funcionamento do sistema respiratório. As projeções de prevalência das doenças pulmonares mostram um aumento nas

próximas décadas em razão de contínua exposição aos fatores de risco, sobretudo a poluição e o tabagismo, e o envelhecimento da população mundial⁽²⁹⁾.

Outro DE identificado com porcentagem elevada foi a “Dentição Prejudicada”, que representa a falta de cuidados ou valorização sobre o cuidado da saúde bucal do idoso na sociedade e no contexto das ILPI. Normalmente a assistência odontológica é ofertada pelo Programa de Saúde da Família local e os idosos precisam aguardar atendimento, o que aumenta ainda o tempo de tratamento ou intervenção clínica além da pouca ação preventiva, deixando o idoso mais vulnerável ao edentulismo⁽³⁰⁻³¹⁾.

Além disso, pesquisas indicam que durante o envelhecimento o número de visitas ao médico aumenta, enquanto que ao dentista diminui. E não é somente a estética e autoestima que são prejudicadas pelo edentulismo, mas também a deglutição e a fala sofrem os efeitos desse problema. A senescência e senilidade trazem diminuição da produção de saliva e redução da tonicidade da musculatura orofacial que dificultam a fonação⁽³²⁾.

O DE “Risco de quedas” foi obtido para 42,8% dos idosos participantes desta pesquisa. Alguns estudos ratificam esse DE como um dos mais relevantes e, além disso, apresentam alguns fatores indutores de quedas como viver em ILPI na ausência do cuidado familiar (62,3%), sendo o quarto o ambiente onde ocorreu o maior número de quedas (23%). A polifarmácia foi determinada também como causa de quedas⁽³³⁻³⁴⁾.

A enfermagem poderá intervir na presença do DE supracitado por meio da prevenção estimulando ou monitorando a prática de exercícios físicos, avaliando possíveis riscos domésticos (tapetes, pisos escorregadios) e acompanhando as medicações que deixam o idoso mais vulnerável a quedas. A prevenção da queda é essencial pelo potencial de diminuir a morbi-mortalidade entre os idosos e o número de internações hospitalares. Os programas de precaução trazem a prerrogativa de, paralelamente, aprimorar a saúde como um todo e a qualidade de vida dos idosos⁽³³⁻³⁴⁾.

Tabela 3 - Diagnóstico de Enfermagem, dos idosos residentes na ILPI, por Domínios Afetados e por Necessidades Humanas Básicas. Piumhi-Minas Gerais, março-maio, 2012.

<i>NHB*</i>	<i>Domínio</i>	<i>Diagnóstico**</i>	<i>n=35</i>	<i>%***</i>	
Psicobiológica	Eliminação e troca	Troca de gases prejudicada	21	60	
		Deambulação prejudicada	10	28,5	
		Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	8	22,8	
		Déficit no autocuidado para vestir-se	8	22,8	
		Déficit no autocuidado para banho	7	20	
		Déficit no autocuidado para higiene íntima	6	17,1	
		Incontinência urinária funcional	5	14,2	
		Incontinência intestinal	5	14,2	
		Constipação	3	8,5	
		Mobilidade no leito prejudicada	2	5,7	
		Perfusão tissular periférica ineficaz	2	5,7	
		Segurança/proteção	Dentição prejudicada	20	57,1
			Risco de quedas	15	42,8
			Integridade da pele prejudicada	7	20

		Risco de Infecção	6	17,1
		Risco de integridade da pele prejudicada	4	11,4
	Conforto	Dor crônica	5	14,2
		Dor aguda	1	2,7
	Nutrição	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	6	17,1
		Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	4	11,4
Psicossocial	Percepção e cognição	Memória prejudicada	7	20
		Comunicação Verbal prejudicada	6	17,1
		Percepção Sensorial perturbada (Auditiva)	5	14,2
		Percepção Sensorial perturbada (visual)	4	11,4
	Enfretamento e tolerância ao estresse	Ansiedade	1	2,8
	Papeis e relacionamentos	Interação Social prejudicada	2	5,7
	Autopercepção	Risco de Baixa autoestima	1	2,8
		Risco de Baixa autoestima situacional	1	2,8
Psicoespiritual	Princípios da vida	Disposição para religiosidade aumentada	22	62,8
		Risco de sofrimento espiritual	4	11,4

*NHB - necessidades humanas básicas

**Título conforme a publicação brasileira 2009-2011 da classificação da NANDA⁽⁷⁾.

***Proporção sobre o número total de pacientes (35).

A partir desses DE identificaram-se as necessidades psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, abaixo pontuadas:

- Psicobiológicas: Cuidado Corporal - dentição prejudicada, déficit no autocuidado para vestir-se, déficit no autocuidado para banho e déficit no autocuidado para higiene íntima (117%); Locomoção e Mecânica Corporal - mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, mobilidade em cadeira de rodas prejudica e mobilidade no leito prejudicado (85,5%); Oxigenação - troca de gases prejudicada e padrão respiratório ineficaz (68,5%); Integridade Física - risco de quedas e risco de infecção (59,9%); Eliminação - incontinência urinária funcional, incontinência intestinal, constipação e eliminação urinária prejudicada (39,7%); Integridade Cutâneo Mucosa - integridade da pele prejudicada e risco de Integridade da pele prejudica (31,4%);

Nutrição - nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais, nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais e deglutição prejudicada (31,3%); Sono e Repouso - padrão de sono prejudicado (8,5%); Vascular - perfusão tissular periférica ineficaz (5,7%);

- Psicossociais: Orientação Tempo e Espaço - memória prejudicada (20%); Comunicação - comunicação verbal prejudicada (17,1%); Percepção Dolorosa - dor crônica e dor aguda (16,9%); Percepção Auditiva - percepção sensorial perturbada (auditiva) (14,2%); Percepção Visual - percepção sensorial perturbada (visual) (11,4%); Recreação Lazer - interação social prejudicada (5,7%); Autoestima - Risco de baixa autoestima e risco de baixa autoestima situacional (5,6%); Aceitação- ansiedade (2,8%).

- Psicoespiritual: disposição para religiosidade aumentada e Risco de sofrimento espiritual (74,2%).

As necessidades humanas básicas, quando afetadas, ocasionam agravos à saúde do indivíduo pelos desequilíbrios gerados⁽⁷⁾. Atualmente a enfermagem conta com o valioso auxílio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para organizar e direcionar suas ações, o que implica em eficiência e eficácia no cuidar. Assim, conhecer o perfil dos idosos e os DE possibilita aos enfermeiros planejar de maneira individualizada os cuidados de enfermagem⁽⁵⁻⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se os DE os mais frequentes e quais eram as necessidades humanas afetadas de acordo com a Teoria de Wanda Horta. As necessidades afetadas com o envelhecimento em associação às doenças de bases que se enquadram no grupo de doenças crônicas não transmissíveis são os principais fatores relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem.

Por muito tempo a enfermagem pautou-se em conhecimentos empíricos e tecnicistas. A inserção dos DE por Wanda Horta no Brasil trouxe evidências científicas por meio do PE podendo oferecer uma assistência adequada às situações reais e potenciais com objetivo de melhoria na qualidade de vida dentro do contexto no qual se está inserido.

Uma avaliação gerontológica que contemple todos os sistemas biológicos e que, as alterações decorrentes desta etapa de vida não sejam confundidas como fisiológicas são essenciais.

Todavia, é necessário avançar muito em termos da aplicação do processo de enfermagem, principalmente em ILPI, visto que esse tipo de instituição muitas vezes não possui enfermeiros responsáveis pela aplicação

desse processo, o que pode ser um dos grandes entraves para sua efetivação.

REFERÊNCIAS

- 1- Backes VMS, Lino ML, Prado ML, Reibnitz KS, Canaven BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(6):858-865.
- 2- Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(10):2463-2466.
- 3- Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde. *Texto contexto - enferm.* 2008;17(2):273-279.
- 4-Watanabe HAK, Giovanni VM. Instituições de Longa permanência para Idosos (ILPI). 2009. Disponível em: http://producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14409/art_WATANABE_Instituicoes_de_Longa_Permanencia_para_Idosos_2009.pdf?sequence=1
- 5- Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev.bras. enferm.* 2011;64(2):355-358.
- 6- Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009 (COFEN). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009. [citado 10 mai 2012]. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
- 7- North American Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
- 8- Kruse MHL, Karen SS, Rúbia GR,Caroline VF. Ordem como tarefa: a construção dos

diagnósticos de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(2):262-266.

9- Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1979.

10- Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte D. Avaliação Funcional de idosos. *Scientia Medica* 2008; 18(1):4-9.

11- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Minas Gerais-Piumhi [Internet]. [acesso em: 7 dez 2011]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

12- Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv.* 1976; 6(3):493-508.

13- Tanure MC, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(5):817-822.

14- Melo IAF, Kubrusly ES, Peixoto Júnior AA. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2011;20(1):75-83.

15- Perlini NMO, Girardon LMT, Furini AC. Em busca de uma instituição pessoa para a idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev. esc. enferm. USP.* 2007;41(2):229-236.

16- Giancarlo L, Alessandra LG, Rodrigo MB, Fabio N, Salete APN. O Idoso e sua Espiritualidade: Impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):159-167.

17- Lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. [acesso em 03 dez 2011]. Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-lei-8842.html>.

18- Hartmann Júnior AS, Silva RA, Bastos O. Idosos Institucionalizados: Relação de Estados

Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos. *Nerurobiologia.* 2009;72(3):19-30.

19- Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de Risco para Doenças Crônicas no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Rev. bras. Cancerologia.* 2009; 55(4):379-388.

20- Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A Farmacoterapia no Idoso: Revisão Sobre a Abordagem Multiprofissional no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(3):428-434.

21- Milhoransa P, Soares R. 2009. Hormônio de estimulação da tireoide (TSH) e correlações laboratoriais. *Rev. Brás. Anal. clin.* 2009; 41(2):161-164.

22- Battagin AM, Corso SD, Soares CLR, Ferreira S, Leticia A, Souza C et al. Resposta pressórica após exercício resistido de diferentes segmentos corporais em hipertensos. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95 (3):405-411.

23- Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(1):175-184.

24- Oliveira LPB, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm.* 2011;20(2):301-309.

25- Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(1):59-67.

26- Rodrigues ACC, Lara MO. Qualidade de vida do idoso: um levantamento da produção científica nos últimos dez anos. *Rev. enferm. cent. o. min.* 2011; 1(3):395-406.

27- Cardoso MCS, Ferreira MC. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. *Psicol. cienc. prof.* 2009; 29(2):380-393.

28- Aquino RD. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. *Acta Paul. Enferm.* 2011; 24(2):192-198.

29- Batista ALA. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no município de Campina Grande - PB. *Odontol. Clín. cient.* 2008; 7(3):203-208.

30- Ruiz C. Avaliação das Condições de Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados em Asilos Públicos de Maringá-Pr. *Ciênc. cuid. saúde* 2011;10(1):96-100.

31- Sterke CS,Verhagen AP, Beeck EFV, Cammen TJMV . The influence of drug use on fall incidents among nursing home residents: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2008; 20(5): 890-910.

32- Freitas MC, Perreira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de Enfermagem em Idosos dependentes residentes em uma Instituição de Longa Permanência em Fortaleza-Ce. *Ciênc. cuid. saúde.* 2010;9(3):518-526.

33- Siqueira VF, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis.*Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(9):1819-1826.

34- Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Revista Ciência & Saúde.* 2008; 2(1):57-63.

Recebido em: 08/08/2012

Versão final em: 15/10/2012

Aprovação em: 20/11/2012

Endereço de correspondência

Juliana Ladeira Garbaccio

E-mail: julade@gmail.com