

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
**FABIANA MEDEIROS DE BRITO**

DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE PESSOAS IDOSAS  
HOSPITALIZADAS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE CLÍNICA

JOÃO PESSOA

2016

FABIANA MEDEIROS DE BRITO

DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE PESSOAS IDOSAS  
HOSPITALIZADAS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

**Projeto de pesquisa vinculado:** Dimensões Objetivas e Subjetivas do Cuidado em Saúde do Idoso

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes

JOÃO PESSOA

2016

B862d Brito, Fabiana Medeiros de.  
Dependência de cuidados de enfermagem de pessoas  
idosas hospitalizadas: a realidade de uma unidade clínica /  
Fabiana Medeiros de Brito.- João Pessoa, 2016.  
105f. : il.  
Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Idosos - cuidados de enfermagem.  
3. Teoria de enfermagem. 4. Idosos hospitalizados - cuidados.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

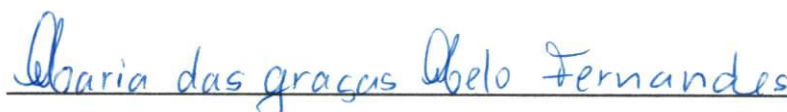
**FABIANA MEDEIROS DE BRITO**

**Dependência de cuidados de enfermagem de pessoas idosas hospitalizadas: a  
realidade de uma unidade clínica**

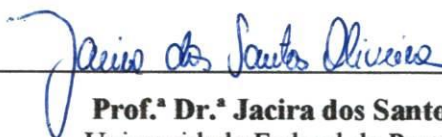
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 22 de Fevereiro de 2016.

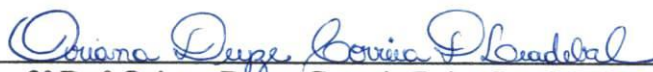
**BANCA EXAMINADORA**



**Prof.ª Dr.ª Maria das Graças Melo Fernandes**  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



**Prof.ª Dr.ª Jacira dos Santos Oliveira**  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



**Prof.ª Dr.ª Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal**  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



**Prof.ª Dr.ª Maria Auxiliadora Pereira**  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

**Prof.ª Dr.ª Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa**  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Dedico esta dissertação...

... Ao Senhor Jesus Cristo, que me deu ânimo, força, saúde, sabedoria e perseverança para conclusão de mais uma etapa na minha vida profissional. A Ele toda honra e toda glória;

... A minha avó Isaura Caxias de Medeiros, eternas saudades...

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Geralda Cavalcante de Brito e João Pereira de Brito**, que se dedicaram para formação da minha personalidade, por estarem sempre presentes em minha vida.

Ao irmão **Fábio Medeiros de Brito**, pelo carinho, incentivo e por se fazer sempre presente em minha vida.

Ao meu esposo, **Antonio Lopes dos Santos Filho**, por todo o incentivo, mesmo que indiretamente, durante todo este processo.

À minha tia **Rita Caxias de Medeiros**, que me inspirou para seguir a profissão de ser Enfermeira.

À minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes**, por ensinar-me a grande relevância da produção do conhecimento científico e por ter acreditado no meu potencial enquanto enfermeira, docente e pesquisadora. Levarei para sempre o seu exemplo de profissional, de simplicidade e de generosidade.

Às professoras **Jacira dos Santos Oliveira, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal, Maria Auxiliadora Pereira e Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa**, por aceitarem tão prontamente participar da minha banca e pela riqueza de contribuições durante o exame de qualificação. Muito obrigada.

À **direção do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI)** pela autorização e colaboração com o desenvolvimento da pesquisa, assim como **aos profissionais da clínica médica** pelo auxílio durante a coleta de dados.

Aos colegas da turma 2014.1 do mestrado do PPGEnf, e, em especial, às minhas queridas amigas **Eveline de Oliveira Barros e Indiará Platel**, pela amizade, força depositada em mim e pelas experiências vivenciadas para a produção do conhecimento.

A **todos da família FCM, em especial** as minhas amigas **Isabelle Cristinne Pinto Costa, Kamyla Félix Oliveira dos Santos, Cristiani Garrido de Andrade e Viña-Del-Mar da**

**Silva Martins**, por dividirem comigo momentos de angústias e alegrias, pela motivação e ajuda durante a construção deste trabalho.

**A todos os colegas, funcionários e professores do PPGEnf**, pelo agradável convívio e aprendizado, o meu eterno agradecimento.

Aos **meus alunos**, por me darem ânimo para continuar.

Muito obrigada!

## LISTA DE TABELAS

|                   |                                                                                                                                                                                          |    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1 -</b> | Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)                                                                                    | 49 |
| <b>Tabela 2 -</b> | Distribuição dos idosos hospitalizados segundo diagnóstico médico e medicamentos de uso contínuo. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)                                                 | 51 |
| <b>Tabela 3 -</b> | Mediana, valores mínimo e máximo da pontuação dos indicadores de demanda de cuidados evidenciados em idosos - João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n = 112)                                   | 52 |
| <b>Tabela 4 -</b> | Distribuição e associação entre o grau de dependência dos idosos de cuidados de enfermagem e as características sociodemográficas - João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n = 112)             | 53 |
| <b>Tabela 5 -</b> | Distribuição e associação entre o grau de dependência das pessoas idosas quanto aos cuidados de enfermagem e o diagnóstico médico - João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n = 112)             | 54 |
| <b>Tabela 6 -</b> | Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados conforme as Necessidades Humanas Básicas (NHBs). João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)           | 55 |
| <b>Tabela 7 -</b> | Distribuição dos Indicadores (características definidoras e fatores de risco) segundo os diagnósticos de enfermagem. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)                              | 56 |
| <b>Tabela 8 -</b> | Distribuição e associação entre diagnósticos de enfermagem e categorias de cuidados propostas por Perroca. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)                                        | 58 |
| <b>Tabela 9 -</b> | Regressão logística dos diagnósticos de enfermagem com respectivos valores do Qui-quadrado, valor-p, <i>Odds ratio</i> e intervalos de confiança. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112) | 58 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                   |                                                                                                                                      |    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1 -</b> | População idosa do Brasil entre 1980 – 2050                                                                                          | 18 |
| <b>Figura 2 -</b> | Necessidades humanas básicas de Maslow                                                                                               | 29 |
| <b>Figura 3 -</b> | Distribuição dos idosos quanto ao tempo de internação. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n=112)                                        | 50 |
| <b>Figura 4 -</b> | Distribuição dos idosos de acordo com a classificação de pacientes proposta por Perroca. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n = 112)    | 51 |
| <b>Figura 5 -</b> | Correlação entre idade e nível de dependência dos idosos quanto aos cuidados de enfermagem. João Pessoa – PB/Brasil, 2015. (n = 112) | 54 |

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Definição das Necessidades Humanas Psicobiológicas. João Pessoa – 33  
PB/Brasil, 2015.
- Quadro 2** - Definição das Necessidades Humanas Psicossociais e Psicoespirituais. 35  
João Pessoa – PB/Brasil, 2015.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|                |                                                                     |
|----------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial de Saúde                                        |
| <b>PNI</b>     | Política Nacional do Idoso                                          |
| <b>IBGE</b>    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                     |
| <b>AVDs</b>    | Atividades de Vida Diárias                                          |
| <b>CID</b>     | Classificação Internacional de Doenças                              |
| <b>SCPs</b>    | Sistema de Classificação dos Pacientes                              |
| <b>CPP</b>     | Cuidado Progressivo dos Pacientes                                   |
| <b>USP</b>     | Universidade de São Paulo                                           |
| <b>NHBs</b>    | Necessidades Humanas Básicas                                        |
| <b>SAE</b>     | Sistematização da Assistência de Enfermagem                         |
| <b>UTI</b>     | Unidades de Terapia Intensiva                                       |
| <b>HMSI</b>    | Hospital Municipal Santa Isabel                                     |
| <b>ICPs</b>    | Instrumento de Classificação de Pacientes                           |
| <b>NANDA-I</b> | <i>North American Nursing Diagnosis Association – International</i> |
| <b>TCLE</b>    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                          |
| <b>SPSS</b>    | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>                  |
| <b>OR</b>      | <i>Odds ratio</i>                                                   |
| <b>CCS</b>     | Centro de Ciências da Saúde                                         |
| <b>UFPB</b>    | Universidade Federal da Paraíba                                     |
| <b>DP</b>      | Desvio padrão                                                       |
| <b>IC</b>      | Intervalo de confiança                                              |

## RESUMO

BRITO, Fabiana Medeiros de. **Dependência de Cuidados de Enfermagem de Pessoas Idosas Hospitalizadas:** a realidade de uma unidade clínica. 2016. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introdução:** o envelhecimento ocorre de maneira multidimensional e específica em cada indivíduo, relacionando-se com os processos de transição demográfica e epidemiológica e implicando em uma maior demanda de cuidados em saúde. A importância da utilização de Teorias de Enfermagem, sobretudo no contexto hospitalar, é essencial para a identificação da dependência do idoso quanto aos cuidados de enfermagem. **Objetivo:** verificar a dependência de cuidados de enfermagem de pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, do tipo transversal, realizado na unidade clínica de um hospital-escola localizado na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 112 pessoas idosas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e junho de 2015 utilizando a técnica de entrevista estruturada e um formulário contemplando aspectos sociodemográficos e clínicos de interesse da pesquisa, as variáveis de classificação de pacientes baseadas no instrumento validado por Perroca e diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, que emergiram dos indicadores empíricos presentes no instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Realizou-se análise descritiva dos dados, regressão logística e testes de associações, considerando variável estatisticamente significativa quando  $p < 0,05$ . Projeto aprovado em Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo nº 0668/2014 e CAAE nº 39399014.6.0000.5188. **Resultados:** observou-se prevalência de idosos do sexo feminino (69,6%), com idade entre 60 e 70 anos (34,8%), viúvos (48,2%), brancos (44,6%), com escolaridade entre um e três anos (43,8%), renda média de até 2 salários mínimos (92,0%) e aposentados/pensionistas (85,0%). Quanto às características clínicas, verificou-se que 55,0% dos idosos permaneciam hospitalizados há menos de uma semana, sendo os mesmos portadores, em especial, dos seguintes problemas de saúde: hipertensão arterial sistêmica (68,8%), diabetes (43,8%), pneumonia (34,8%) e infecção do trato urinário (18,8%). Constatou-se, sobretudo, que 34% dos idosos avaliados foram classificados na categoria de cuidados semi-intensivos e 33% em cuidados intensivos, revelando alto grau de dependência quanto aos cuidados de enfermagem. O presente estudo demonstrou, ainda, associação estatisticamente significativa acerca da presença dos diagnósticos de enfermagem de eliminação urinária prejudicada, déficit de autocuidado para alimentação e mobilidade no leito prejudicada ser capaz de aumentar a possibilidade de um idoso estar em dependência total dos cuidados de enfermagem. **Conclusão:** os resultados empíricos obtidos por meio desta pesquisa representam subsídios essenciais ao planejamento e à implementação de intervenções de enfermagem específicas a fim de melhorar a qualidade de vida, abrangendo o cuidado de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas.

**Palavras-chave:** Dependência; Idoso; Cuidados de Enfermagem; Teoria de Enfermagem; Hospitalização.

## ABSTRACT

BRITO, Fabiana Medeiros de. **Dependence of Hospitalized Elderly People in relation to Nursing Care:** the reality of a clinical unit. 2016. 105p. Dissertation (Masters in Nursing) – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introduction:** aging takes place in a multidimensional and specific way in each individual and is related with the processes of demographic and epidemiological transition, which entails greater demand for health care. The importance of the use of Nursing Theories, mainly in the hospital context, is essential to identify the dependence of the elderly in relation to nursing care. **Objective:** to verify the dependence of nursing care of elderly people hospitalized in a clinical unit by using the Perroca's Classification System of Patients. **Method:** this is a descriptive and epidemiological study, with transversal cutting, performed in a clinical unit of a teaching hospital located in the city of João Pessoa, Paraíba State. The sample was composed by 112 elderly people. Data collection took place between April and June 2015 by means of the structured interview technique and a form including sociodemographic and clinical aspects relevant to this research, patient classification variables based on the instrument validated by Perroca and NANDA-I nursing diagnoses, which emerged from the empirical indicators present in the patient classification instrument proposed by Perroca. Data were compiled and analyzed with the aid of the statistics program called Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0. Descriptive analysis of data, logistic regression and association tests were held, taking into account a statistically significant variable when  $p < 0,05$ . This project was approved by the Ethics Committee of the Center for Health Sciences of the Federal University of Paraíba, under the Protocol nº 0668/2014 and CAAE nº 39399014.6.0000.5188. **Results:** there was prevalence of elderly of the female gender (69,6%), aged between 60 and 70 years (34,8%), widowed (48,2%), whites (44,6%), with educational levels between one and three years (43,8%), average income of up to 2 minimum wages (92,0%) and retirees/pensioners (85,0%). As for the clinical characteristics, it was found that 55,0% of elderly people remained in the hospital since less than a week, and they were particularly suffering from the following health problems: systemic arterial hypertension (68,8%), diabetes (43,8%), pneumonia (34,8%) and urinary tract infection (18,8%). Particularly, it was found that 34% of surveyed elderly subjects were classified in the category of semi-intensive care and 33% in intensive care, thereby revealing a high degree of dependence in relation to nursing care. Moreover, this study has demonstrated a statistically significant association about the presence of the nursing diagnoses of impaired urinary elimination, self-care deficit for food and impaired bed mobility to be able to boost the possibility of an elderly remaining in full dependence on nursing care. **Conclusion:** the empirical results obtained by means of this research are essential subsidies to plan and implement specific nursing interventions in order to improve the quality of life, which includes the nursing care of hospitalized elderly people.

**Keywords:** Dependence; Elderly; Nursing Care; Nursing Theory; Hospitalization.

## RESUMEN

BRITO, Fabiana Medeiros de. **Dependencia de Cuidados de Enfermería de Personas Ancianas Hospitalizadas: la realidad de una unidad clínica.** 2016. 105f. Tesis (Maestría en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

**Introducción:** el envejecimiento ocurre de manera multidimensional y específica en cada individuo, relacionándose con los procesos de transición demográfica y epidemiológica e implicando una mayor demanda de cuidados en salud. La importancia de la utilización de Teorías de Enfermería, sobre todo en el contexto hospitalario, es esencial para la identificación de la dependencia del anciano cuanto a los cuidados de enfermería. **Objetivo:** verificar la dependencia de cuidados de enfermería de personas ancianas hospitalizadas en una unidad clínica utilizando el Sistema de Clasificación de Pacientes de Perroca. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, epidemiológico, del tipo transversal, efectuado en la unidad clínica de un hospital-escuela ubicado en la ciudad de João Pessoa, en el estado de Paraíba. La muestra estaba formada por 112 personas ancianas. La recolección de datos ocurrió entre los meses de abril y junio de 2015 utilizando la técnica de encuesta estructurada y un formulario contemplando aspectos sociodemográficos y clínicos de interés de la investigación, las variables de clasificación de pacientes basadas en el instrumento validado por Perroca y diagnósticos de enfermería de la NANDA-I, que emergieran de los indicadores empíricos presentes en el instrumento de clasificación de pacientes propuesto por Perroca. Los datos fueron compilados y analizados con la ayuda del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 20.0. Se realizó el análisis descriptivo de los datos, regresión logística y testes de asociaciones, considerando variable estadísticamente significativa cuando  $p < 0,05$ . Proyecto aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, bajo el Protocolo nº 0668/2014 y el CAAE nº 39399014.6.0000.5188. **Resultados:** se observó una prevalencia de ancianos del sexo femenino (69,6%), con edad entre 60 y 70 años (34,8%), viudos (48,2%), blancos (44,6%), con escolaridad entre uno y tres años (43,8%), ingreso medio de hasta 2 salarios mínimos (92,0%) y jubilados/pensionistas (85,0%). Quanto a las características clínicas, se verificó que 55,0% de los ancianos permanecían hospitalizados desde hace menos de una semana, siendo que ellos eran portadores, en particular, de los siguientes problemas de salud: hipertensión arterial sistémica (68,8%), diabetes (43,8%), neumonía (34,8%) e infección del trato urinario (18,8%). Se constató, sobre todo, que 34% de los ancianos evaluados fueron clasificados en la categoría de cuidados semi-intensivos y 33% en cuidados intensivos, revelando alto grado de dependencia cuanto a los cuidados de enfermería. El presente estudio demostró, aún, una asociación estadísticamente significativa sobre la presencia de los diagnósticos de enfermería de eliminación urinaria perjudicada, déficit de autocuidado para la alimentación y movilidad en la cama perjudicada tener el poder de aumentar la posibilidad de un anciano quedarse en total dependencia de los cuidados de enfermería. **Conclusión:** los resultados empíricos obtenidos por medio de esta investigación representan subsidios esenciales al planeamiento y a la implementación de intervenciones de enfermería específicas a fin de mejorar la calidad de vida, abarcando el cuidado de enfermería a personas ancianas hospitalizadas.

**Palabras clave:** Dependencia; Anciano; Cuidados de Enfermería; Teoría de Enfermería; Hospitalización.

## SUMÁRIO

|          |                                                                         |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>                                                       | <b>17</b> |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b>                                                        | <b>24</b> |
| 2.1      | Objetivo geral                                                          | 24        |
| 2.2      | Objetivo específico                                                     | 24        |
| <b>3</b> | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>                                            | <b>26</b> |
| 3.1      | Teoria das Necessidades Humanas: aspectos gerais                        | 26        |
| 3.2      | Teorias das Necessidades Humanas Básicas de Horta                       | 28        |
| 3.3      | Metaparadigma: conceitos centrais da Teoria de Horta                    | 30        |
| 3.3.1    | O ser humano                                                            | 30        |
| 3.3.2    | A enfermagem                                                            | 30        |
| 3.3.3    | A Saúde                                                                 | 31        |
| 3.3.4    | O ambiente                                                              | 31        |
| 3.3.5    | Necessidades humanas básicas                                            | 32        |
| 3.4      | O Processo de enfermagem na perspectiva de Horta                        | 37        |
| 3.4.1    | Coleta de dados de enfermagem                                           | 38        |
| 3.4.2    | Diagnóstico de enfermagem                                               | 38        |
| 3.4.3    | Planejamento de enfermagem                                              | 40        |
| 3.4.4    | Implementação de enfermagem                                             | 40        |
| 3.4.5    | Avaliação de enfermagem                                                 | 40        |
| 3.5      | Sistema de classificação de pacientes                                   | 41        |
| <b>4</b> | <b>MÉTODO</b>                                                           | <b>44</b> |
| 4.1      | Delineamento do estudo                                                  | 44        |
| 4.2      | Cenário do estudo                                                       | 44        |
| 4.3      | População e amostra                                                     | 45        |
| 4.4      | Instrumentos e procedimento de coleta de dados                          | 45        |
| 4.5      | Análise dos dados                                                       | 46        |
| 4.6      | Posicionamento ético                                                    | 47        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS</b>                                                       | <b>49</b> |
| 5.1      | Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos                    | 49        |
| 5.2      | Dependência dos idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem | 51        |
| 5.3      | Diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados   | 55        |

|          |                                                                         |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO</b>                                                        | <b>61</b>  |
| 6.1      | Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos                    | 61         |
| 6.2      | Dependência dos idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem | 66         |
| 6.3      | Diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados   | 70         |
|          | <b>CONCLUSÃO</b>                                                        | <b>76</b>  |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                      | <b>80</b>  |
|          | <b>APÊNDICE</b>                                                         | <b>94</b>  |
|          | <b>ANEXO</b>                                                            | <b>105</b> |



O ato de envelhecer é inerente à existência humana e caracteriza-se de maneira multidimensional e específica em cada indivíduo. A Gerontologia crítica aponta que tal processo resulta de uma inter-relação entre forças tanto de ordem individual como social, sendo pautado nas desigualdades singulares do ser humano<sup>(1)</sup>. O envelhecimento, ao contrário do que se pensa, inicia-se antes mesmo da velhice propriamente dita e se desenvolve por toda a vida, devendo este ser compreendido em sua amplitude e totalidade<sup>(2)</sup>.

Entendendo-se a complexidade do envelhecimento humano e no que tange aos aspectos cronológicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define pessoa idosa, em países desenvolvidos, como todo indivíduo com sessenta e cinco anos ou mais e, em países em desenvolvimento, como todo cidadão com sessenta anos ou mais<sup>(3)</sup>. Corroborando com a assertiva supracitada, no Brasil, a Lei n.º 8.842 referente à Política Nacional do Idoso (PNI) define idoso como indivíduos com sessenta anos ou mais <sup>(4)</sup>. Neste enfoque, o presente estudo considera tal definição para sua condução.

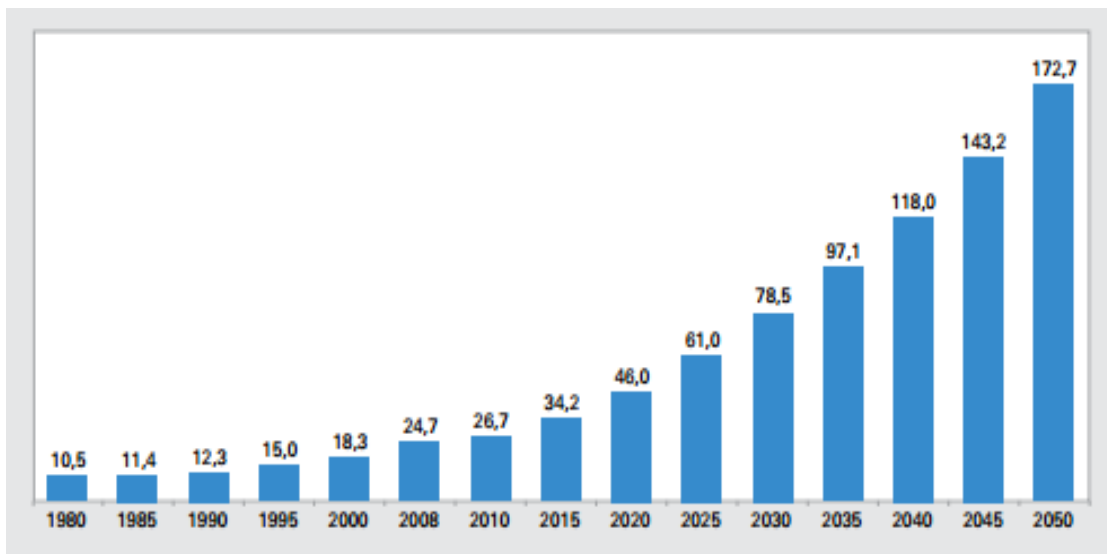
O envelhecimento humano vem se manifestando em nível mundial e desenvolvendo-se de modo exacerbado e acelerado. A diminuição da taxa de natalidade, mortalidade infantil e o aumento gradual da esperança média de vida demandam uma atenção específica às pessoas idosas e, ainda, ratifica o emergente processo de envelhecimento populacional<sup>(5)</sup>.

O Brasil vem enfrentando uma progressiva queda das taxas de natalidade e de mortalidade infantil, como também um consecutivo aumento da expectativa de vida. Foi observada uma diminuição da mortalidade infantil de 69,10 por mil nascidos vivos, em 1980, para 22,5 por mil, em 2009, enquanto a esperança média de vida ao nascer progrediu de 62,6 anos, em 1980, para 73,09 anos, em 2009<sup>(6)</sup>. Já em 2013, a expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos atingiu 74,8 anos, e as taxas de mortalidade infantil foram reduzidas para 15,0 por mil nascidos vivos<sup>(7)</sup>.

Com base nestes indicadores, estima-se que o número de idosos no país irá triplicar em tamanho e proporção comparado ao total da população, revelando, assim, um fato inevitável e previsível ao longo das próximas décadas<sup>(8)</sup>. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, o Brasil ocupará a sexta posição mundial com o maior índice de idosos atingindo os 35 milhões e, em 2050, alcançará os 65 milhões. Em 2008, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam 24,7 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Já em 2050, aguarda-se o quantitativo de

172,7 idosos para cada 100 crianças com idade de 0 a 14 anos, como evidenciado na Figura 1 <sup>(9)</sup>.

**Figura 1** – População idosa do Brasil entre 1980 – 2050.



Fonte: IBGE, 2013<sup>(9)</sup>.

Mudanças na estrutura da população mundial, mais especificamente no Brasil, revelam o processo de transição demográfica, assim como a incorporação de novos idosos a este cenário. Tal fato também corrobora para alterações no perfil de morbidade pela ocorrência de determinadas doenças, o que caracteriza a transição epidemiológica.

As alterações observadas no processo de envelhecimento populacional culminam em uma maior vulnerabilidade dos idosos ao desenvolvimento de determinadas doenças em nível mundial<sup>(10)</sup>. No âmbito internacional, as doenças que mais prevalecem nessa população são de natureza crônica não transmissível<sup>(11)</sup>. 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<sup>(12)</sup>.

Considerando a relevância da transição epidemiológica, ressalta-se que as doenças crônicas não transmissíveis ocorrem de maneira permanente e irreversível, contribuindo para o acometimento de incapacidade funcional e dependência, gerando impactos negativos e interferindo na qualidade de vida do idoso<sup>(13)</sup>. Entre estas, destacam-se: a hipertensão arterial sistêmica, as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças crônicas do aparelho respiratório e o diabetes<sup>(14)</sup>.

Nesse contexto, observa-se que o envelhecimento populacional, caracterizado pelas transições demográfica e epidemiológica, emerge como algo complexo e multidimensional, principalmente pela presença das doenças crônicas, corroborando para o processo de hospitalização em pessoas idosas.

No Brasil, a taxa de hospitalização entre idosos é crescente e iminente. Entre 2012 e 2014, houve 2,5 milhões de internações em hospitais, correspondendo a 19% do total. De junho de 2014 a junho de 2015, foram constatadas 2.938.456 milhões de internações. Quanto à realidade local, em João Pessoa-PB, de junho de 2014 a junho de 2015, registraram-se 18.302 mil internações<sup>(15)</sup>.

Uma vez diagnosticada a doença crônica não transmissível, a pessoa idosa encontra-se vulnerável ao processo de hospitalização, muitas vezes repetitivo, o que suscita preocupações em torno do seu estado geral de saúde<sup>(16)</sup>. A frequência de internação entre idosos, assim como o tempo de permanência no leito, é muito maior quando comparado àquela observada entre pessoas de outras faixas etárias, uma vez que estes idosos são mais frágeis a complicações e ao comprometimento da capacidade funcional<sup>(17-18)</sup>. Pesquisa realizada com 300 idosos apontou um índice de 18% para internações com repetições entre um a sete vezes em cada paciente, apresentando um intervalo entre um e noventa dias e tendo como determinantes as doenças cardiovasculares e respiratórias<sup>(19)</sup>.

Um dos principais objetivos da PNI, na assistência hospitalar, é preservar a capacidade funcional e a autonomia do idoso para que este retorne reabilitado à sociedade, o que não vem acontecendo na prática<sup>(20)</sup>. Conforme mencionado, a hospitalização gera perda de autonomia e da funcionalidade do idoso muitas vezes associada à má nutrição, privação de sono, repouso excessivo e polifarmácia<sup>(21)</sup>.

A internação hospitalar do idoso está associada ainda a uma série de problemas emocionais, haja vista que as ações e as interações neste ambiente incidem em um vínculo estabelecido por força situacional e estrutural. Neste cenário, os idosos apresentam necessidades urgentes de atendimento e de uma assistência profissional determinada e dimensionada. Considerando esta perspectiva, o cuidado de enfermagem na área hospitalar, direcionado a tal paciente, tem como fim o alcance de objetivos distintos, englobando atividades racionais e essenciais que são inerentes ao cuidado<sup>(22)</sup>.

No âmbito da Enfermagem, a inter-relação com o idoso é fundamental para o entendimento dos aspectos que implicam na hospitalização, pois compreender o modo como o idoso vivencia esse processo é imprescindível para a qualidade do cuidado

prestado, mais especificamente para o atendimento de suas necessidades de maneira integral<sup>(23)</sup>.

Convém salientar que o atendimento das necessidades do idoso hospitalizado está totalmente associado ao grau de dependência deste quanto aos cuidados de enfermagem, cabendo ao enfermeiro avaliar cada necessidade requerida por seu pronto atendimento. De um modo geral, o idoso hospitalizado apresenta certa dependência funcional, o que corrobora para o surgimento de possíveis complicações durante esse período, como imobilidade no leito, transtornos cognitivos, riscos de queda, entre outras<sup>(24)</sup>.

A dependência é um processo dinâmico e não permanente que pode ser modificado, prevenido e/ou reduzido, carecendo de uma atenção voltada para a integralidade do paciente no atendimento de suas necessidades. A alta dependência do idoso hospitalizado para realização das Atividades de Vida Diárias (AVDs), como banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência de esfínteres e alimentar-se, implica no aumento da demanda do cuidado de enfermagem<sup>(25)</sup>.

Nesse contexto, ratifica-se que o envelhecimento populacional, mais especificamente a ocorrência de doenças crônicas, aumenta a vulnerabilidade do idoso ao processo de hospitalização e conseqüentemente à dependência de cuidados, demandando dos profissionais da enfermagem uma assistência holística e integral nesse cenário. Assim sendo, é essencial o emprego de instrumentos que norteiem a identificação e a classificação da dependência deste idoso quanto aos cuidados de enfermagem, no sentido de contribuir com o planejamento da melhor assistência.

O Sistema de Classificação dos Pacientes (SCPs) emerge com intuito de contribuir para a elaboração de um efetivo plano de cuidado em enfermagem no que tange à dependência do idoso hospitalizado. O SCPs revela-se como um elemento que procura categorizar os pacientes corroborando com a quantidade de cuidado requerida<sup>(26)</sup>. Tal instrumento ou tecnologia de cuidado é importante também para a prática administrativa de Enfermagem, possibilitando a identificação do perfil assistencial dos pacientes, fornecendo subsídios e também determinando os custos da assistência<sup>(27)</sup>.

Nessa perspectiva, a referida prática arraiga-se ao contexto das Diretrizes da PNI, a qual preconiza que em qualquer nível de atenção faz-se necessário proporcionar cuidados sistematizados e adequados a essas pessoas, garantindo a qualidade da

atenção, pautada nos conhecimentos acerca do cuidado ao idoso, mais precisamente àquele hospitalizado e fragilizado<sup>(28)</sup>.

Diante dessas ponderações, compreende-se que a classificação da dependência, no que concerne aos cuidados de enfermagem, por meio do SCPs, é essencial para o planejamento da assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado e para o dimensionamento dos profissionais<sup>(29)</sup>. Sendo assim, percebe-se a relevância do uso do SCPs pela enfermagem para um cuidado integral ao paciente idoso hospitalizado.

A identificação de diagnósticos de enfermagem, no ambiente hospitalar, também se revela como uma estratégia imprescindível para a verificação da dependência de pacientes idosos quanto aos cuidados de enfermagem. Apesar disso, estudo destaca que o reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, o grau de dependência destes idosos referente aos cuidados orienta a prática do enfermeiro no que tange ao planejamento individual de cuidados e às intervenções específicas para cada paciente<sup>(30)</sup>.

Diante do exposto, é notória a iminência do envelhecimento populacional em nível mundial e nacional. A transição demográfica revela e confirma a inserção demasiada de novos idosos à população total, e, concomitantemente, a transição epidemiológica contribui para a ocorrência progressiva de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas.

Em detrimento do envelhecimento populacional, mais especificamente da presença de determinadas doenças, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, câncer, patologias respiratórias e cardiovasculares, observa-se maior prevalência de hospitalização entre idosos. Ressalta-se também que o processo de internação gera alterações importantes nestes pacientes, por exemplo, incapacidade funcional, corroborando para o aumento da dependência de cuidados neste âmbito. Cabe ao enfermeiro dispor de instrumentos que possibilitem a verificação da referida dependência de cuidados, como a utilização do SCPs atrelado à identificação dos diagnósticos de enfermagem evidenciados em idosos hospitalizados.

Nessa perspectiva, é imprescindível a necessidade de verificar a dependência de idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem, haja vista que em nosso contexto ainda são incipientes estudos relacionados a essa temática. Deste modo, ao reportar-se para uma nova perspectiva de cuidar no campo da investigação científica, este estudo poderá contribuir para uma assistência holística de enfermagem, no âmbito

hospitalar, enfatizando a relevância da verificação da dependência de pessoas idosas quanto aos cuidados de enfermagem.

Em face das considerações ora mencionadas, questiona-se: Qual o grau de dependência de cuidados de enfermagem evidenciado em pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica? Qual a classificação dos idosos quanto à dependência dos cuidados de enfermagem? Quais os diagnósticos de enfermagem relacionados à dependência de cuidados de enfermagem, estão mais evidenciados em pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica? Qual a associação entre os diagnósticos de enfermagem e a classificação de dependência da pessoa idosa?



## **2.1 Objetivo geral**

- Verificar a dependência de cuidados de enfermagem de pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as pessoas idosas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Classificar os idosos quanto à dependência dos cuidados de enfermagem;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados à dependência de cuidados de enfermagem, mais evidenciados em pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica;
- Identificar as associações entre as características sociodemográficas dos idosos e a classificação da dependência dos cuidados de enfermagem;
- Investigar a associação entre os diagnósticos de enfermagem e a classificação de dependência da pessoa idosa.

### ***3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA***

---

### 3.1 Teoria das Necessidades Humanas: aspectos gerais

Teorias são afirmações sistemáticas pautadas em conceitos inter-relacionados com o objetivo de orientar uma profissão, contribuindo para que esta seja reconhecida sob fundamentos científicos. Os aspectos essenciais de uma realidade específica são discutidos e analisados no sentido de prever consequências, prescrever e nortear o cuidado<sup>(31)</sup>.

Na enfermagem, as teorias são explanações ordenadas de eventos nos quais seus componentes e conceitos são identificados, relacionamentos propostos e previsões feitas para descrever, explicar, prever ou prescrever a prática e a pesquisa. O desenvolvimento da teoria procura subsidiar o enfermeiro no entendimento da prática de maneira mais completa e discernível, proporcionando um método de identificação com expressão de ideias-chave, ajudando na organização do conhecimento já existente e auxiliando na formulação de novas e importantes descobertas para o progresso da profissão<sup>(32)</sup>.

No tocante às teorias baseadas nas necessidades humanas, ressalta-se que estas correspondem às primeiras teorias da enfermagem e têm como propósito o atendimento às necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes, considerando estes como seres biopsicossociais na ótica da integralidade e da multidimensionalidade, necessitando, assim, dos cuidados de enfermagem<sup>(33)</sup>. No tópico que se segue, apresenta-se de forma sumária as principais teorias de enfermagem que têm seus pressupostos ancorados nas necessidades humanas.

Florence Nightingale emerge como a primeira teórica em enfermagem, haja vista que historicamente esta é considerada pioneira e fundadora da enfermagem moderna cuja teoria revela-se como uma ampla filosofia, fundamentando-se nas necessidades dos pacientes e na orientação aos enfermeiros para realizar a assistência e satisfazer tais necessidades. Esta salienta os cinco pontos essenciais para a saúde: ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz. Para Nightingale, a saúde era vista além de uma mera ausência de doença<sup>(34)</sup>.

O modelo de Virgínia Henderson apresenta o paciente como uma soma de partes, com necessidades biopsicossociais, não sendo visto apenas como um cliente ou consumidor. Sua principal abordagem relaciona-se ao ensino acadêmico dos enfermeiros a fim de prestar assistência aos pacientes até que estes possam cuidar de si novamente<sup>(33)</sup>.

Faye G. Abdellah foi uma das primeiras autoras a referir-se ao constructo “diagnóstico de enfermagem”. Sua Teoria enfatiza a prestação de cuidados de

enfermagem para a pessoa como um todo, auxiliando o ensino de enfermagem cuja aplicabilidade norteia a educação e a prática. O elemento fundamental deste modelo é a identificação de 21 problemas de enfermagem relacionados com as necessidades dos pacientes, envolvendo aspectos biológico, psicológico e social<sup>(33)</sup>.

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado foi desenvolvida por Dorothea E. Orem apresentando elementos fundamentais para a assistência de enfermagem. Considera a premissa de que todos os indivíduos têm potencial suficiente para cuidar de si próprio, cabendo à enfermagem atuar como provedora/mediadora em meio a um cenário de déficit de autocuidado. Esta é caracterizada por três teorias sequenciais: teorias dos autocuidados, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem<sup>(33)</sup>.

Dorothy Johnson desenvolveu o modelo do Sistema Comportamental cujo foco envolve o paciente enquanto sistema comportamental e o alívio do estresse como um cuidado de enfermagem. Neste momento, a enfermagem é vista como força reguladora que identifica o desequilíbrio no indivíduo e atua para atender às suas necessidades, preservando o equilíbrio e diminuindo o estresse. O comportamento humano é categorizado em sete subsistemas em que o enfermeiro avalia as necessidades inerentes a estes elementos<sup>(33)</sup>.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman também se revela como uma das grandes teorias baseadas nas necessidades humanas, sendo utilizado amplamente na saúde. Esta teoria utiliza uma abordagem de sistemas enfocada nas necessidades humanas de proteção e de alívio do estresse. Para Neuman, as intervenções de enfermagem podem identificar e diminuir as causas de estresse no paciente, uma vez que o enfermeiro identifica os problemas, traça metas e realiza a intervenção, proporcionando ao paciente o equilíbrio dinâmico do ser<sup>(33)</sup>.

A utilização das teorias de enfermagem para orientar a assistência ao paciente idoso, mais especificamente no ambiente hospitalar, é uma realidade atual <sup>(23,35)</sup>. Deste modo, a enfermagem enquanto ciência e profissão empírica deve fundamentar o seu cuidar em saúde com ênfase no âmbito hospitalar, lançando mão das teorias inerentes à profissão, por exemplo, o constructo teórico desenvolvido por Wanda de Aguiar Horta que envolve a valorização das necessidades humanas básicas dos pacientes.

### 3.2 Teorias das Necessidades Humanas Básicas de Horta

Nascida no Paraná, em 11 de agosto de 1926, Wanda de Aguiar Horta formou-se em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Em 1968, recebeu o título de doutora e livre-docente em Fundamentos e Enfermagem na Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>(36)</sup>. Já em 1970, atuou como professora livre-docente, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, além de trabalhar em diversas outras instituições. Faleceu em 1981, ano em que foi proclamada Professora Emérita na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo<sup>(37)</sup>.

Entre as décadas de 1960 e 1970, o desenvolvimento de teorias em enfermagem começou a ter grande impulso, e nesse momento, inquietada com o posicionamento da profissão na época, Horta apresentou no XXII Congresso Nacional de Enfermagem, em São Paulo, um trabalho intitulado “Contribuição a uma teoria de enfermagem”, começando assim sua discussão sobre as teorias. Em tais discussões era destacado que a enfermagem naquele momento pautava-se apenas na experiência prática, pois não direcionava o conhecimento para a valorização da sistematização e organização do cuidar<sup>(38)</sup>.

A partir dessa situação, Horta elaborou preceitos para a construção da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs), sistematizando e fundamentando seus conhecimentos, emergindo do empirismo para o cientificismo, explicando, assim, a natureza da enfermagem<sup>(39)</sup>.

A teoria das NHBs sofreu influência de alguns constructos, como o da adaptação de Sister Callista Roy, o equilíbrio de Wanda McDowell, a conservação de energia de Myra Estrin Levine e o alcance de metas de Imogene M. King e Marta E. Rogers. Salienta-se que para construir sua teoria Horta baseou-se também nos paradigmas de Maslow, considerando a motivação do ser humano, assim como a determinação dos níveis da vida psíquica de João Mohana<sup>(40)</sup>.

Além do exposto, ressalta-se que no desenvolvimento de sua teoria Horta recebeu influência das leis gerais e globais que regem os fenômenos universais, a exemplo da Lei da Adaptação, da Lei do Equilíbrio e da Lei do Holismo. A Lei da adaptação pressupõe que todos os seres do universo agem com o meio externo trocando energias e buscando formas de ajustamento para manter seu equilíbrio, em que o cuidado da enfermagem deve basear-se em promover a adaptação do paciente no

sentido de proporcionar bem-estar. A Lei do Equilíbrio (homeostase e hemodinâmica) preconiza que todo universo se mantém por equilíbrio dinâmico em movimento entre os seus seres, estando o ser humano sujeito a todas as leis que regem o tempo e o espaço. Já a Lei do Holismo tem o universo como um todo, o ser humano como um todo e a célula como um todo, sendo que este todo não deverá ser correlacionado com a soma das partes, mas envolvido como a unicidade de cada ser<sup>(39)</sup>.

No que tange à teoria da Motivação de Maslow, ressalta-se que esta consiste na hierarquização das necessidades humanas básicas em níveis de prioridades, em que o primeiro nível aborda as necessidades fisiológicas essenciais, tais como ar, água e alimento; o segundo, as necessidades de segurança e proteção, englobando segurança física e psicológica; o terceiro, as necessidades de amor e de gregária, como amizade, relações sociais e amor sexual; o quarto, as necessidades de estima e autoestima, autoconfiança, propósito e autovalorização. Por fim, o quinto e último nível, envolvendo as necessidades de autorrealização como alcance pleno do potencial, da habilidade de resolver problemas e de saber lidar com as diversas situações da vida<sup>(41)</sup>.

**Figura 2** – Necessidades humanas básicas de Maslow



Fonte: POTTER; PERRY; STOCKER, 2013 <sup>(41)</sup>.

Para Maslow, o paciente apenas necessitará de um nível mais elevado da pirâmide após ter conseguido atingir os níveis de necessidades anteriores. Em

contrapartida, João Mohana apontou que o indivíduo pode ter necessidade de níveis mais elevados na referida pirâmide, mesmo sem ter a satisfação de todos os elementos antecedentes seguindo um processo de hierarquia. Assim sendo, Mohana organizou as NHBs considerando os níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual<sup>(42)</sup>.

Nesse contexto, salienta-se que Horta optou por organizar as NHBs através dos níveis psíquicos de João Mohana, entretanto, em cada um dos níveis, ela introduziu subgrupos de necessidades com a finalidade de subsidiar a prática assistencial de enfermagem<sup>(39)</sup>.

### **3.3 Metaparadigma: conceitos centrais da Teoria de Horta**

Horta estabeleceu conceitos que fundamentam a teoria das NHBs. Destes, alguns compreendem conceitos da enfermagem: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente<sup>(38)</sup> sobre os quais discorre-se o tópico que se segue.

#### **3.3.1 O ser humano**

Em seu modelo, Horta define o ser humano como todo indivíduo, família ou comunidade que integra o universo dinâmico e está vulnerável às leis que regem o tempo e o espaço. Distingue-se dos demais seres por possuir unicidade, autenticidade e individualidade adotando capacidade de mudança no universo, o que resulta em equilíbrio e desequilíbrio. Tais desequilíbrios originam as NHBs, as quais, quando não atendidas ou atendidas de maneira inadequada, provocam desconforto, e sua permanência ocasionará o surgimento de doenças. O profissional de enfermagem emerge nesse caso no propósito de auxiliar o paciente na recuperação do bem-estar<sup>(39)</sup>.

No âmbito deste estudo, o ser humano é representado pela **pessoa idosa** integrando o universo da unidade clínica e apresentando-se vulnerável a fatores que interferem no processo de autonomia e independência. Ressalta-se que a presença de uma patologia atrelada ao processo de internação revela-se como desequilíbrios originários das necessidades humanas básicas, as quais devem ser reconhecidas e atendidas.

#### **3.3.2 A enfermagem**

O conceito de enfermagem é definido como uma ciência aplicada e arte que tem como objetivo assistir o ser humano nas suas necessidades básicas buscando a independência deste por meio de recuperação, manutenção e promoção da saúde,

integrando a equipe de saúde junto com outros profissionais. A ciência da Enfermagem reconhece o ser humano, e não a doença, sendo este participante ativo no seu autocuidado<sup>(39)</sup>.

A **enfermagem** neste estudo emerge como a ciência e arte provedora de cuidados perante a dependência dos idosos hospitalizados, valorizando o ser humano, e não a doença. Cabe à enfermagem identificar e atender às necessidades individuais de cada paciente idoso, prestando, assim, assistência inter-relacionada com os profissionais na busca da independência da pessoa idosa com propósito de promover e recuperar a saúde.

### 3.3.3 A saúde

Na visão de Horta, saúde é um estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço<sup>(39)</sup>. O equilíbrio dinâmico se remete ao período de latência das NHBs, no qual um desequilíbrio provocado por diversos fatores converge para o surgimento de tais necessidades em graus variados<sup>(38)</sup>. Portanto, observa-se que Horta considera a saúde como algo multidimensional, e não meramente a ausência de doenças, estando esta diretamente relacionada com vários outros contextos, como o ambiente em que o ser humano está inserido.

No presente estudo, a dependência dos cuidados de enfermagem caracteriza-se pela situação de desequilíbrio que remete ao surgimento das necessidades humanas básicas nos idosos hospitalizados. A saúde revela-se como a situação de **equilíbrio das pessoas idosas** que só será atingida quando todas as necessidades forem satisfeitas.

### 3.3.4 O ambiente

Horta define ambiente como “universo dinâmico” onde o ser humano é parte integrante, estando exposto a todas as leis que regem o tempo e o espaço<sup>(39)</sup>. Compreende também que a enfermagem deve atuar nesse ambiente no sentido de torná-lo favorável para que o ser humano recupere ou mantenha sua saúde.

O ambiente é representado neste estudo pelo **hospital**, mais especificamente, pela unidade clínica. Em meio a este cenário, o idoso doente encontra-se exposto ainda a outros fatores próprios do âmbito hospitalar.

Nesse contexto, compreende-se a correlação entre a Teoria de Horta e o presente estudo, sendo descrita do seguinte modo: o **ser idoso** demonstra vulnerabilidade a fatores negativos inerentes ao **ambiente hospitalar**, apresentando dependência de

cuidados da **enfermagem** cuja profissão tem como objetivo atender às **necessidades humanas básicas de cada paciente** e, desta maneira, promover e recuperar a **saúde**.

### 3.3.5 Necessidades humanas básicas

Para Horta, as necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes ou inconscientes decorrentes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Aponta-se que tais estados permanecem latentes até a ocorrência de um desequilíbrio, revelando-se com maior ou menor intensidade. Seja indivíduo, família ou comunidade, estes apresentam situações de desequilíbrio de suas necessidades básicas, o que demanda uma resolução<sup>(39)</sup>.

O modelo de Horta classifica as NHBs em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Quanto às necessidades psicobiológicas, estas compreendem a 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, eletrolítica, imunológica, vascular), locomoção, percepção (dolorosa, auditiva, visual), ambiente e terapêutica. No tocante às necessidades psicossociais, estas envolvem aspectos como segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem e atenção. Por fim, as necessidades psicoespirituais englobam religião ou filosofia de vida<sup>(39)</sup>.

Vale ressaltar que Horta não teve tempo hábil de vida para definir todas as necessidades inerentes à sua teoria. Deste modo, com o passar do tempo, foi observado que tal lacuna dificultava a aplicação da referida teoria à prática profissional da enfermagem, motivo pelo qual outros autores realizam agrupamentos e alterações nos títulos de algumas necessidades<sup>(43)</sup>.

Considerando isso, salienta-se que a Enfermagem é uma profissão pautada no cuidar e enquanto ciência tem a responsabilidade de contribuir com a produção de novos conhecimentos capazes de sustentar as ações do cuidado humano. Logo, faz-se necessário sempre a reformulação e o aprimoramento dos constructos teóricos com propósito de fundamentar cientificamente a profissão. Atrelado a isto, a utilização do instrumento de classificação de pacientes corrobora ainda mais com tal fundamentação, haja vista sua relevância para o atendimento das necessidades humanas básicas dos pacientes, assim como para a efetivação da assistência de enfermagem.

Tendo em mente essa perspectiva, foram reformulados alguns aspectos relacionados às necessidades humanas básicas, tendo como base os modelos anteriores, sendo algumas destas novamente alteradas tanto em números como nas afirmativas e na forma e/ou conteúdo de suas definições<sup>(44)</sup>.

As Necessidades Psicobiológicas são definidas como forças, instintos ou energias originadas do inconsciente psicobiológico que se caracterizam por emergir sem planejamento algum. A necessidade de tomar banho, de se alimentar, de dormir e repousar revelam-se como exemplos desta subdivisão<sup>(38)</sup>.

**Quadro 1-** Definição das Necessidades Humanas Psicobiológicas. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continua)

| NECESSIDADE           | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oxigenação</b>     | É a necessidade de o indivíduo 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 (APT) e manter a vida. |
| <b>Hidratação</b>     | É a necessidade do indivíduo de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo a fim de favorecer o metabolismo corporal.                                                                                                                                                            |
| <b>Nutrição</b>       | É a necessidade do indivíduo de obter os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular visando à 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. |
| <b>Eliminação</b>     | É a necessidade do indivíduo de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal.                                                                                                                                                                 |
| <b>Sono e repouso</b> | 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 objetivando de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.                          |

**Quadro 1-** Definição das Necessidades Humanas Psicobiológicas. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continuação)

| <b>NECESSIDADE</b>                                                | <b>DEFINIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atividade física</b>                                           | 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. |
| <b>Sexualidade e reprodução</b>                                   | 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.                                                                                                                                                            |
| <b>Segurança física e do meio ambiente</b>                        | É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de proteger-se e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores a fim de preservar a integridade física e socioambiental.                                                                                                                                                              |
| <b>Cuidado corporal e ambiental</b>                               | 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.                                                                   |
| <b>Integridade física</b>                                         | É a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso visando proteger o corpo.                                                                                                                                           |
| <b>Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional</b> | 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.                                                                                                               |
| <b>Regulação vascular</b>                                         | 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.                                                                                 |
| <b>Regulação térmica</b>                                          | É a necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica objetivando manter uma temperatura central (temperatura interna) entre 35,5° e 37,4°C.                                                                                                                                                                |

**Quadro 1-** Definição das Necessidades Humanas Psicobiológicas. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continuação)

| NECESSIDADE                       | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Regulação neurológica</b>      | É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso a fim de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.                                                                                                                                   |
| <b>Regulação hormonal</b>         | 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.                                                                                                                                                     |
| <b>Sensopercepção</b>             | É a necessidade do indivíduo de perceber e interpretar os estímulos sensoriais com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Terapêutica e de prevenção</b> | É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo de 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. |

**Fonte:** GARCIA; CUBAS, 2012<sup>(44)</sup>.

No que tange às Necessidades Psicossociais, estas emergem como manifestações que ocorrem através da convivência social com familiares, amigos e grupos. São expressadas por meio da necessidade de se comunicar de maneira verbal e não verbal, de viver em grupo realizando trocas sociais, entre outras<sup>(38)</sup>. Quanto às Necessidades Psicoespirituais, salienta-se que estas se relacionam com a reflexão, com a busca pessoal do significado da vida e com o sagrado ou o transcendente, podendo ou não estar vinculada a uma religião<sup>(38)</sup>.

**Quadro 2 –** Definição das Necessidades Humanas Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continua)

| NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comunicação</b>         | É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros. |
| <b>Gregária</b>            | É a necessidade do indivíduo de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.                                                                                                       |
| <b>Recreação e lazer</b>   | É a necessidade do indivíduo de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso a entretenimento, distração e diversão.                                                                                |

**Quadro 1-** Definição das Necessidades Humanas Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continuação)

| NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS                      | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Segurança emocional</b>                      | É a necessidade do indivíduo de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções e de confiar nos sentimento e emoções dos outros em relação a si a fim de sentir-se seguro emocionalmente.                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Amor, aceitação</b>                          | É a necessidade do indivíduo 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.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</b> | 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. |
| <b>Liberdade e participação</b>                 | 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). Em resumo, 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.                                                                  |
| <b>Educação para a saúde e aprendizagem</b>     | 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.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Autorrealização</b>                          | 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.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Espaço</b>                                   | É a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrain-se visando preservar a individualidade e a privacidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Criatividade</b>                             | É a necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas, novas formas de agir, com o objetivo de alcançar satisfação pessoal e sentir-se produtivo e capaz.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Garantia de acesso à tecnologia</b>          | É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Quadro 1-** Definição das Necessidades Humanas Psicossociais e Psicoespirituais. João Pessoa – PB – Brasil – 2015 (Continuação)

| NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS          | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Religiosidade e espiritualidade</b> | É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior a fim de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentido da importância da vida. |

**Fonte:** GARCIA; CUBAS, 2012<sup>(44)</sup>.

Assevera-se que todas as NHBs podem ser influenciadas por fatores como sexo, idade, altura, cultura, ambiente, escolaridade, condições socioeconômicas e por meio do processo de saúde-doença<sup>(39)</sup>. Neste contexto, cabe à enfermagem conhecer, entender, valorizar e assim identificar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais dos pacientes.

### 3.4 O Processo de enfermagem na perspectiva de Horta

O modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas (NHBs), desenvolvido por Wanda Horta, revela-se como um elemento essencial para a assistência de enfermagem. Após sua elaboração, esta teoria necessitava também ser operacionalizada, motivo pelo qual Horta criou o processo de enfermagem cujo objetivo era sistematizar a assistência, embasando e direcionando a prática profissional do enfermeiro.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permeia a implementação do processo de enfermagem com propósito de organizar o trabalho profissional<sup>(45)</sup>. Neste enfoque, ressalta-se que além de orientar a prática o processo de enfermagem é um método utilizado também na pesquisa, fornecendo raciocínio analítico e lógico para o desenvolvimento e execução dos cuidados, envolvendo apenas a técnica mas também o relacionamento interpessoal<sup>(46)</sup>.

No Brasil, a Resolução COFEN nº 358/2009<sup>(47)</sup> regulamenta a sistematização da prática e o processo de enfermagem. A sistematização da prática assistencial tem como propósito organizar as condições ambientais e os recursos humanos e materiais objetivando a dignidade, sensibilidade, competência e resolutividade do cuidado em enfermagem. Esta também torna possível a operacionalização do Processo de enfermagem em qualquer ambiente<sup>(44)</sup>.

O processo de enfermagem é definido como um instrumento metodológico em que são realizadas determinadas ações diante das necessidades do indivíduo, família ou comunidade, inseridos no processo de saúde-doença e demandando assistência profissional. Este exige do enfermeiro conhecimento teórico, experiência prática e capacidade intelectual e reflexiva<sup>(44)</sup>.

Ressalta-se que o processo de enfermagem é dividido em cinco etapas inter-relacionadas entre si que se seguem: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem. Ademais, estas etapas sempre poderão ser reiniciadas e entrelaçadas as outras<sup>(47)</sup>.

### **3.4.1 Coleta de dados de enfermagem**

Comumente descrita como a primeira etapa do Processo de enfermagem, esta é um elemento essencial, tendo em vista que os dados coletados serão determinantes para a precisão dos diagnósticos de enfermagem, além de definir o desfecho de todas as etapas subsequentes. O enfermeiro deve coletar dados subjetivos e objetivos dos pacientes de maneira deliberada e sistemática. Os dados subjetivos são investigados através da comunicação oral ou do uso de instrumentos cientificamente validados e que necessitam de diálogo com o paciente. Já os dados objetivos são obtidos por meio dos órgãos dos sentidos com ou sem a utilização de equipamentos específicos, como termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança, dentre outros<sup>(48)</sup>.

### **3.4.2 Diagnóstico de enfermagem**

Nesta segunda etapa são identificadas as necessidades básicas afetadas, estando relacionadas a condições apresentadas, determinando os problemas que devem ser avaliados quanto ao grau de dependência do indivíduo, família e comunidade que necessita do cuidado de Enfermagem<sup>(39)</sup>. Estudos enfocam que o diagnóstico de enfermagem se refere às respostas humanas diante de situações específicas ou do significado de determinados eventos<sup>(48)</sup> retratando problemas reais (presente) e potenciais (futuro) e podendo representar também distúrbios fisiológicos, comportamentais, psicossociais ou espirituais<sup>(49)</sup>.

Ressalta-se ainda que os diagnósticos de enfermagem emergem como aspectos relevantes para a orientação do planejamento, seleção e execução dos cuidados,

contribuindo, assim, com o ensino, a pesquisa e a emancipação do paciente no plano terapêutico<sup>(50)</sup>.

Vale destacar que o levantamento dos diagnósticos de enfermagem em populações específicas possibilita o conhecimento das respostas humanas alteradas, contribuindo para o alcance de uma assistência individualizada e holística<sup>(51)</sup>.

Faz-se necessária para a enfermagem a utilização de sistemas de linguagem padronizados e específicos com o intuito de comunicar decisões acerca dos diagnósticos de enfermagem, por exemplo, a *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I)<sup>(52)</sup>.

A taxonomia NANDA-I é conhecida como uma organização internacional, sem fins lucrativos, que tem como propósito codificar o conhecimento específico da enfermagem em uma linguagem comum, em nível mundial. A NANDA-I classifica e categoriza áreas que preocupam a referida profissão, dispondo-as em 234 diagnósticos de enfermagem, sendo que estes são agrupados em 13 domínios e 47 classes. Por sua vez, cada domínio é definido como uma “esfera de conhecimentos”, por exemplo, eliminação e troca, atividade/repouso, dentre outros. Tais domínios dividem-se em classes que reúnem atributos em comum<sup>(52)</sup>.

Nesse enfoque, a NANDA-I emerge como um sistema de classificação designado a funcionar como uma ferramenta para padronizar os diagnósticos de Enfermagem<sup>(51)</sup>. Esta vem sendo muito utilizada no Brasil, principalmente no que tange a pesquisas envolvendo pacientes idosos hospitalizados<sup>(53)</sup>, motivo pelo qual adotou-se tal taxonomia no presente estudo.

Para a NANDA-I, cada diagnóstico possui título e definição clara, além dos seus indicadores. Por sua vez, o indicador é representado através de dados que subsidiam a distinção entre os diversos diagnósticos, sendo caracterizado pelas características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco. As características definidoras emergem como as manifestações (sinais e sintomas) de um diagnóstico, os fatores relacionados revelam-se como as causas ou fatores contribuintes para o surgimento do problema e os fatores de risco representam influências que aumentam a fragilidade do indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento<sup>(51)</sup>.

Ressalta-se que os indicadores supracitados podem ou não estarem presentes em uma situação, haja vista que dependem do tipo de diagnóstico de enfermagem. Os diagnósticos de risco apresentam apenas os fatores de risco. Os com foco no problema

possuem características definidoras e fatores relacionados. Já os diagnósticos de promoção rotineiramente contêm apenas as características definidoras<sup>(51)</sup>.

Diante do exposto, reconhece-se a importância da NANDA-I com objetivo de orientar o enfermeiro quanto à identificação precisa dos diagnósticos para o desfecho correto do processo de enfermagem, contribuindo também para a verificação do grau de dependência do paciente quanto aos cuidados. Entende-se, ainda, que tal taxonomia corrobora para a autonomia e para o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência.

### **3.4.3 Planejamento de enfermagem**

Após a análise criteriosa do diagnóstico de enfermagem, o profissional deve estabelecer as necessidades afetadas, o grau de importância e de dependência apresentado pelo paciente. Uma vez de posse dos diagnósticos, o enfermeiro irá avaliar a conduta que será tomada, assim como a execução dos cuidados, orientando e supervisionando toda a assistência prestada<sup>(39)</sup>.

Aqui ocorre a priorização dos diagnósticos de enfermagem de acordo com sua relevância e urgência, as metas são escolhidas ou estabelecimento de resultados esperados e a prescrição das ações de enfermagem, as quais, na fase de implementação, serão implementadas<sup>(48)</sup>.

### **3.4.4 Implementação de enfermagem**

Esta etapa do processo de enfermagem compreende a execução do plano assistencial cujo roteiro diário norteia as ações e intervenções da equipe de enfermagem nos cuidados ao atendimento das Necessidades Humanas Básicas, resultando na resolução dos diagnósticos de enfermagem evidenciados pelo receptor de cuidado<sup>(39)</sup>. Ressalta-se que as prescrições devem ser investigadas e reinvestigadas, uma vez que o ser humano é imprevisível e necessita de monitoramento contínuo<sup>(54)</sup>.

### **3.4.5 Avaliação de enfermagem**

A avaliação consiste no relato diário das mudanças evidenciadas no ser humano. Aqui é realizada a evolução dos cuidados prestados através das prescrições de enfermagem, expressas por meio de registro claro e sucinto, no sentido de evitar repetição de observações anotadas anteriormente<sup>(39)</sup>.

Esta quinta e última etapa pode ser de estrutura, de processo ou de resultado. A avaliação de estrutura compreende os recursos materiais humanos e financeiros, que tem

como objetivo garantir a qualidade do cuidado. Já a de processo versa sobre julgamento da assistência prestada e a de resultado inclui a satisfação da pessoa durante e após o cuidado recebido<sup>(48)</sup>.

### **3.5 Sistema de classificação de pacientes**

Considerando os aspectos que contribuem para o processo de hospitalização do idoso, assim como a dependência de cuidados de enfermagem neste cenário, faz-se necessária a realização da classificação destes pacientes no sentido de identificar e mensurar a demanda de cuidados.

A despeito disso, o SCPs é primordial para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado e para o dimensionamento de profissionais, suscitando discussões e investigações de modo que se tenha uma maior atenção às necessidades do mesmo e, assim, a construção de um serviço de enfermagem com qualidade<sup>(55)</sup>.

Quanto ao surgimento do SCPs, as primeiras experiências foram desenvolvidas ainda por Florence Nightingale, que organizava as enfermarias de maneira que os receptores de cuidado mais graves fossem alocados nas proximidades das mesas das enfermeiras. Só na década de 1930, o SCPs começou a ser desenvolvido e utilizado em hospitais nos Estados Unidos, onde o principal intuito era analisar a dependência do paciente internado, aferir o tipo e a quantidade de recursos necessários para o cuidado<sup>(56)</sup>.

No Brasil, o referido assunto foi abordado pela primeira vez por Ribeiro, que, em 1972, utilizou a denominação Cuidado Progressivo dos Pacientes (CPP) com o objetivo de fornecer subsídio ao dimensionamento de recursos humanos em enfermagem, abonando uma distribuição igualitária da assistência, acrescentando a produtividade e a eficiência hospitalar<sup>(57)</sup>.

A partir de 1990, o SCPs passou a ser desenvolvido em distintas especialidades e empregado em instituições hospitalares. Em 1996, a recomendação para seu uso veio por meio da Resolução COFEn n.º 189/1996 que também determinou sua utilização como competência exclusiva do enfermeiro. Em 2004, esta recomendação foi atualizada originando a Resolução COFEn nº 293/2004<sup>(57)</sup>. Perroca desenvolveu e validou um Instrumento de Classificação de Pacientes (ICPs) baseado nas Necessidades Humanas

Básicas preconizadas por Wanda Horta, sendo este fundamentado por meio de extensivos testes e aprofundadas investigações<sup>(58)</sup>.

Sendo assim, considerando a relevância do uso do SCPs, optou-se pela utilização deste instrumento para verificar a dependência do paciente idoso hospitalizado quanto aos cuidados de enfermagem.



#### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, do tipo transversal. As pesquisas descritivas objetivam estabelecer relações entre variáveis, descrever características e fenômenos ocorridos em determinada população<sup>(59)</sup>. Uma das características mais marcantes deste tipo de estudo se refere à utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados<sup>(60)</sup>.

O estudo transversal ou seccional é um dos tipos de delineamentos mais utilizados na epidemiologia para investigar e descrever a situação de saúde de uma comunidade ou população, tendo como norte o estado de saúde de cada membro, produzindo, assim, resultados individuais e globais com identificação de grupos de risco<sup>(61)</sup>. No que tange à abordagem quantitativa, esta caracteriza-se por analisar estatisticamente a relação existente entre determinadas variáveis de um fenômeno estudado<sup>(60)</sup>.

#### **4.2 Cenário do estudo**

A pesquisa foi realizada na unidade clínica do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), localizado no bairro de Tambiá na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. Vale ressaltar que a unidade clínica, cenário desta investigação, concentra maior percentual de leitos ativados, o que suscita maior demanda de cuidados de enfermagem.

O referido hospital é de natureza pública não orçamentária, vinculado à secretaria municipal de João Pessoa/PB e conveniado com o Sistema Único de Saúde. É referência em serviço ambulatorial especializado, tratamento cirúrgico eletivo de média à alta complexidade, assistência a doenças cardiológicas, renais crônicas, entre outras, tendo como público-alvo usuários adultos e idosos. É retaguarda para pacientes com problemas de saúde graves e crônicos oriundos de unidades de saúde municipal e estadual para Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e unidades clínicas, sendo realizados por mês 2.700 atendimentos, 740 exames, 250 cirurgias e 2.300 internações. Tal instituição constitui também campo de pesquisa, extensão e ensino para os cursos de Enfermagem, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição e Psicologia<sup>(62)</sup>.

### 4.3 População e amostra

A população deste estudo compreendeu pacientes idosos internados na unidade clínica da referida instituição de saúde. Quanto ao cálculo do tamanho amostral, foi empregada a fórmula estatística para estimação de proporção. Utilizou-se como parâmetro a prevalência de 35,4% de idosos com necessidades de cuidados mínimos, conforme estudo<sup>(29)</sup>, com precisão absoluta de 10% e nível de significância de 5%. A amostra foi estimada em 86 sujeitos, com acréscimo de 10% de margem de erro, totalizando 95 participantes. A amostra foi composta por 112 idosos, utilizando-se amostragem não probabilística por acessibilidade, tendo como critérios de inclusão indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que estavam internados no momento da coleta de dados.

### 4.4 Instrumentos e procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando-se um formulário (APÊNDICE A) contemplando três seções: a primeira reuniu variáveis sociodemográficas e clínicas de interesse da pesquisa (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, cor da pele, renda familiar, motivo da hospitalização, tempo de internação, diagnóstico médico e uso de medicamentos); a segunda reuniu as variáveis de classificação de pacientes baseadas no instrumento validado por Perroca<sup>(58)</sup>; e a terceira contemplou oito diagnósticos de enfermagem da NANDA-I<sup>(52)</sup>, que emergiram dos indicadores empíricos presentes no instrumento de classificação de pacientes (ICPs) proposto por Perroca.

O ICPs destina-se a pacientes adultos e baseia-se nas necessidades individualizadas dos cuidados de enfermagem a partir da avaliação de nove indicadores críticos: planejamento e coordenação do processo de cuidar, investigação e monitoramento, cuidado corporal e eliminações, cuidado com a pele e mucosas, nutrição e hidratação, locomoção e atividade, terapêutica, suporte emocional e educação à saúde. Salienta-se que em cada uma dessas áreas o paciente recebe uma pontuação que varia de um (menor nível de atenção de enfermagem) a quatro (nível máximo de complexidade assistencial). Os valores de cada área são somados e a pontuação final determina a classificação do paciente em uma das categorias de cuidados a seguir: cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos ou intensivos<sup>(58)</sup>.

Na categoria cuidados mínimos (9 a 12 pontos), estão incluídos pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes

quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas; na categoria cuidados intermediários (13 a 18 pontos), encontram-se pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico, com dependência parcial das ações de enfermagem; nos cuidados semi-intensivos (19 a 24 pontos), estão os pacientes portadores de problemas de saúde de natureza crônica, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem, com demanda de cuidados intensivos (25 a 36 pontos) incorporam-se os pacientes graves com risco iminente de vida<sup>(58)</sup>.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e junho de 2015, utilizando a técnica de entrevista estruturada. Inicialmente, realizou-se um contato prévio com o prontuário do paciente. Em seguida, o idoso foi informado sobre o objetivo da pesquisa e solicitado ao mesmo sua autorização para participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) ou do Termo de Assentimento (APÊNDICE C) assinado pelo acompanhante quando o idoso expressava problemas cognitivos que interferiam no processo de comunicação. A classificação de cada participante foi realizada por meio do ICPs de Perroca e dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I emergidos do referido instrumento, garantindo, com isso, a confiabilidade da coleta.

#### **4. 5 Análise dos dados**

Os dados foram armazenados e analisados com o subsídio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, utilizando-se de recursos da estatística descritiva e inferencial.

Para a classificação dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e de dependência dos cuidados de enfermagem, calculou-se medidas de distribuição, como frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central como média e desvio padrão. Realizou-se ainda análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e classificação quanto à dependência dos cuidados de enfermagem utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, a análise de correspondência, o Teste exato de Fischer e *Odds ratio* (OR). Posteriormente, foi utilizado o modelo de regressão logística binária.

A respeito da dependência dos idosos de cuidados de enfermagem, o modelo de regressão logística binária analisou a probabilidade do idoso sair da situação de dependência total para dependência parcial, considerando os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Para definição da variável dicotômica, as categorias de

cuidados mínimo e intermediário foram classificadas como dependência parcial e as categorias semi-intensiva e intensiva como dependência total. Foi estabelecido o valor de referência  $p < 0,10$  para determinação das variáveis a serem inseridas no modelo.

Considerou-se sete dos oito diagnósticos de enfermagem emergidos dos indicadores empíricos do ICPs de Perroca, tendo como critério a pontuação mais alta da estatística *Wald*: déficit de autocuidado para banho, eliminação urinária prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, integridade da pele prejudicada, déficit de autocuidado para alimentação, mobilidade física prejudicada e mobilidade no leito prejudicada. Aplicou-se o modelo de regressão logística binário com o método *stepwise* que minimiza o número de variáveis e maximiza a precisão do modelo. O ponto de corte adotado foi 0,5 que define probabilidades *a priori* iguais para os dois grupos. O modelo inicial com apenas a constante apresentou uma taxa de acerto de 67 %. A análise através do método *stepwise* consumiu três passos até obter o modelo final, e o coeficiente foi significativo a cada passo.

Cabe destacar ainda que, para avaliação do modelo de regressão logística supracitado, foram utilizadas as estatísticas *Log Likelihood Value*, *Cox-Snell R2*, *Nagelkerke R2* e o teste de *Hosmer e Lemeshow*. Por fim, todos os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas.

#### **4.6 Posicionamento ético**

Destaca-se que, durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de dados, observaram-se os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde/Brasil, principalmente no que se refere ao sigilo e à confidencialidade das informações<sup>(63)</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com protocolo nº 0668/2014 e CAAE: 39399014.6.0000.5188 (ANEXO I).

## ***5 RESULTADOS***

---

Com o propósito de subsidiar melhor compreensão dos achados empíricos, estes foram elencados em três seções distintas. A primeira seção aborda a caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas idosas investigadas; a segunda se refere à classificação de dependência quanto aos cuidados de enfermagem vivenciada por esses idosos; e, por fim, a terceira seção compreende os diagnósticos de enfermagem mais evidenciados entre os participantes do estudo.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos

No que tange à caracterização sociodemográfica, das 112 pessoas idosas que participaram do estudo, 78 (69,6%) eram do sexo feminino e 34 (%), do sexo masculino. Quanto à idade, observou-se variação entre 60 e 100 anos, apresentando uma média de  $75,47 \pm$  anos e desvio padrão (DP) de 8,43 com prevalência para a faixa etária entre 60 e 70 anos (34,8%), seguida por 71 e 80 anos (33,9%). No que se refere ao estado civil, 54 (48,2%) idosos eram viúvos, seguidos de casados/união estável com 46 (41,1%). Quanto à cor da pele, 50 (44,6%) referiram ser brancos e 27 (24,1%) referiram ser pardos. No tocante à escolaridade, 49 (43,8%) frequentaram a escola entre um e três anos e 43 (38,4%) eram analfabetos, 103 (92,0%) tinham renda média de até dois salários mínimos, e 94 (85,0%) eram aposentados/pensionistas, como evidenciado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112) (Continua)

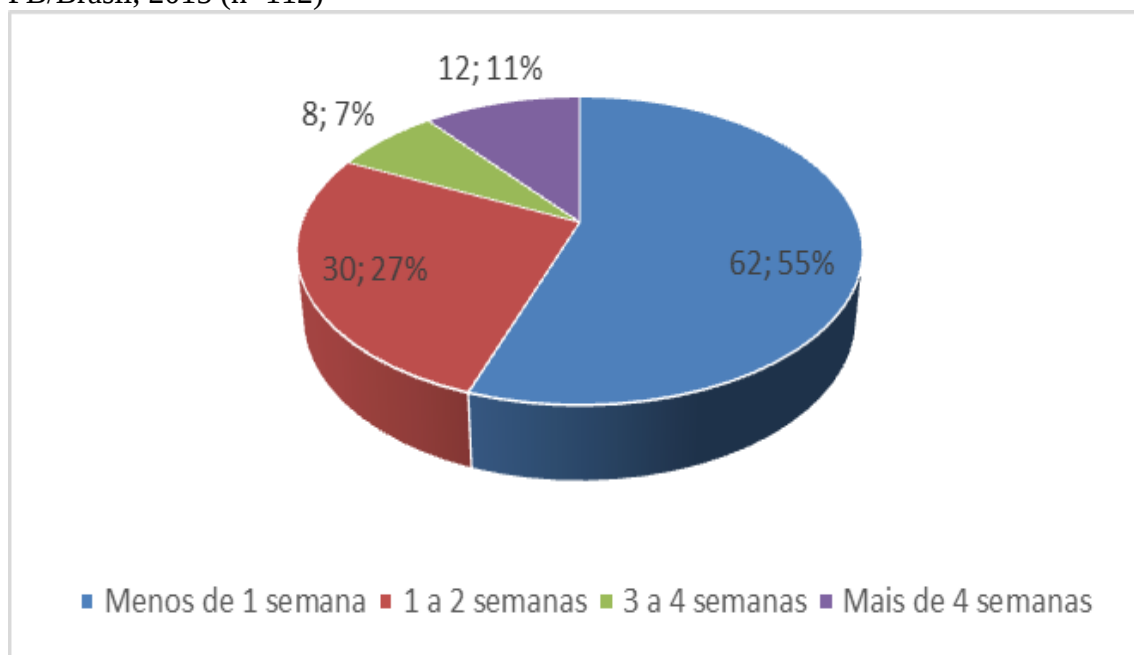
| Dados sociodemográficos               | n  | %     |
|---------------------------------------|----|-------|
| <b>Sexo</b>                           |    |       |
| Feminino                              | 78 | 69,6% |
| Masculino                             | 34 | 30,4% |
| <b>Faixa etária</b>                   |    |       |
| 60 a 70 anos                          | 39 | 34,8% |
| 71 a 80 anos                          | 38 | 33,9% |
| Acima de 80 anos                      | 35 | 31,3% |
| <b>Estado civil</b>                   |    |       |
| Viúvo (a)                             | 54 | 48,2% |
| Casado(a)/ União estável              | 46 | 41,1% |
| Solteiro/Separado(a)                  | 12 | 10,7% |
| <b>Cor da pele</b>                    |    |       |
| Branca                                | 50 | 44,6% |
| Parda                                 | 27 | 24,1% |
| Preta                                 | 22 | 19,6% |
| Amarela                               | 10 | 8,9%  |
| Não respondeu                         | 3  | 2,7%  |
| <b>Escolaridade em anos de estudo</b> |    |       |
| Analfabeto                            | 43 | 38,4% |

|                        |     |       |
|------------------------|-----|-------|
| 1 a 3 anos             | 49  | 43,8% |
| 4 a 8 anos             | 20  | 17,9% |
| <b>Renda familiar*</b> |     |       |
| Até 2 salários mínimos | 103 | 92,0% |
| 3 a 5 salários mínimos | 9   | 8,0%  |
| <b>Ocupação</b>        |     |       |
| Aposentado/Pensionista | 94  | 85,0% |
| Dor lar                | 10  | 8,9%  |
| Outros                 | 8   | 6,1%  |

\*Salário mínimo nacional estipulado em 2015: 788,00 reais.

No tocante ao tempo de internação, 62 idosos (55%) estavam hospitalizados há menos de uma semana, 30 (27%) entre uma e duas semanas, 8 (7%) de três a quatro semanas e 12 (11%) haviam sido hospitalizados por um tempo superior a quatro semanas.

**Figura 3** – Distribuição dos idosos quanto ao tempo de internação. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112)



Com relação aos principais diagnósticos médicos, destacaram-se: hipertensão arterial (68,8%), diabetes (43,8%), pneumonia (34,8%) e infecção do trato urinário (18,8%). Verificou-se, ainda, que 99 (84,4%) dos participantes faziam uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo. A maioria (84,4%) utilizava até dois medicamentos, 11 (9,8%) até três e 4 (3,6%) usavam no máximo quatro medicamentos, destacando-se os anti-hipertensivos (67,9%) e hipoglicemiantes (39,3%).

**Tabela 2** – Distribuição dos idosos hospitalizados, segundo diagnóstico médico e medicamentos de uso contínuo. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112)

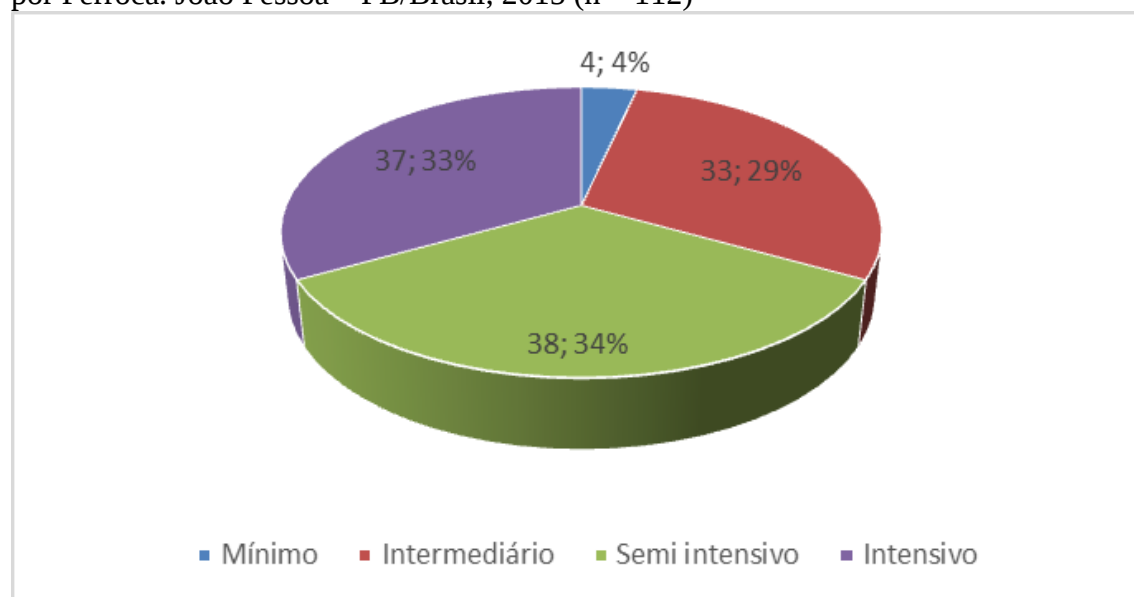
| <b>Diagnóstico</b>           | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>IC 95%</b> |
|------------------------------|----------|----------|---------------|
| Hipertensão Arterial         | 77       | 68,8     | 0,60-0,73     |
| Diabetes                     | 49       | 43,8     | 0,35-0,53     |
| Pneumonia                    | 39       | 34,8     | 0,26-0,44     |
| Infecção do trato urinário   | 21       | 18,8     | 0,12-0,26     |
| Acidente Vascular Encefálico | 16       | 14,3     | 0,08-0,21     |
| Outros                       | 43       | 38,4     | 0,29-0,47     |
| <b>Medicamento</b>           |          |          |               |
| Anti-hipertensivo            | 76       | 67,9     | 0,59-0,77     |
| Hipoglicemiante              | 44       | 39,3     | 0,30-0,48     |
| Ansiolítico                  | 21       | 18,8     | 0,12-0,26     |
| Diurético                    | 15       | 13,4     | 0,07-0,20     |
| Outros                       | 6        | 5,4      | 0,01-0,10     |

IC: Intervalo de confiança

## 5.2 Dependência dos idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem

Evidenciou-se que 34% dos idosos avaliados foram classificados na categoria de cuidados semi-intensivos, 33% em cuidados intensivos, 29% na categoria intermediários e apenas 4% em cuidados mínimos. Tais dados demonstram um maior percentual de idosos, demandando elevado grau de dependência quanto aos cuidados de enfermagem (Figura 4).

**Figura 4** – Distribuição dos idosos de acordo com a classificação de pacientes proposta por Perroca. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112)



A Tabela 3 descreve os indicadores críticos do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca, com destaque para locomoção e atividade (mediana = 3), cuidado corporal e eliminações (mediana = 2,5) e nutrição e hidratação (mediana = 2,5).

**Tabela 3** – Mediana, valores mínimo e máximo da pontuação dos indicadores de demanda de cuidados evidenciados em idosos - João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112)

| <b>Indicadores</b>                               | <b>Mediana</b> | <b>Min – Max</b> |
|--------------------------------------------------|----------------|------------------|
| Locomoção e atividade                            | 3              | 1 – 4            |
| Cuidado corporal e eliminações                   | 2,5            | 1 – 4            |
| Nutrição e hidratação                            | 2,5            | 1 – 4            |
| Planejamento e coordenação do processo de cuidar | 2              | 1 – 4            |
| Educação à saúde                                 | 2              | 1 – 4            |
| Suporte emocional                                | 2              | 1 – 4            |
| Terapêutica                                      | 2              | 1 – 4            |
| Investigação e monitoramento                     | 2              | 1 – 4            |
| Cuidado com pele e mucosas                       | 1              | 1 – 4            |
| <b>Mediana geral dos indicadores</b>             | <b>19</b>      | <b>9 – 36</b>    |

Min – valor mínimo. Max- valor máximo.

De acordo com os dados da Tabela 4, no que se refere ao sexo dos idosos, ressalta-se que o maior percentual de mulheres se concentrou na categoria de cuidados intermediários (34,6%) e os homens em semi-intensivos (44,1%). No tocante à faixa etária, evidenciou-se que os idosos com idades acima de 80 anos demonstraram maior grau de dependência dos cuidados de enfermagem nas categorias de cuidados intensivos (42,9%) e semi-intensivos (34,3%). No que tange ao estado civil, apontou-se que os idosos viúvos dependem mais dos cuidados de enfermagem com 22 (40,7%) idosos na categoria intensiva. No que concerne à escolaridade, observou-se que os idosos que nunca estudaram (41,9%) demandaram cuidados semi-intensivos e aqueles com um a três anos de estudo (38,8%) em intensivos, sugerindo, assim, a relação entre grau de escolaridade e dependência de cuidados. Quanto à renda, apresentaram maior grau de dependência as pessoas idosas que ganhavam até dois salários mínimos com 34% em cuidados intensivos e 33% em semi-intensivos. Os idosos aposentados demonstraram

alto grau de dependência dos cuidados de enfermagem, sendo classificados na categoria de cuidados intensivos (39,3%).

Considerando as possíveis associações estatísticas entre as características sociodemográficas dos idosos e seu grau de dependência dos cuidados de enfermagem, demonstrou-se uma associação significativa com ocupação ( $p = 0,017$ ).

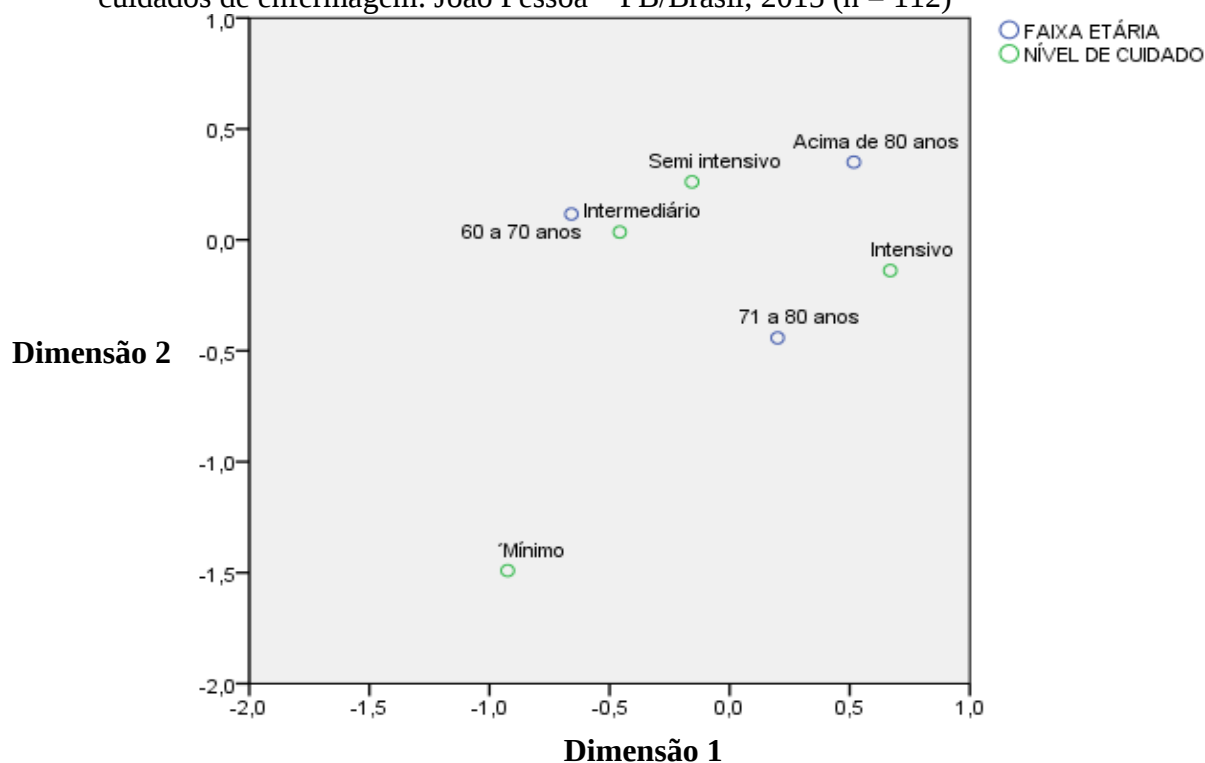
**Tabela 4** – Distribuição e associação entre o grau de dependência dos idosos de cuidados de enfermagem e as características sociodemográficas - João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112)

| Cuidados de Enfermagem  |          |                |                 |            |         |
|-------------------------|----------|----------------|-----------------|------------|---------|
| Variáveis               | Mínimo   | Intermediários | Semi-intensivos | Intensivos | Valor-p |
|                         | s        |                |                 |            |         |
|                         | n (%)    | n (%)          | n (%)           | n (%)      |         |
| <b>Sexo</b>             |          |                |                 |            |         |
| Feminino                | 3 (3,8)  | 27 (34,6)      | 23 (29,5)       | 25 (32,1)  | 0,268   |
| Masculino               | 1 (2,9)  | 6 (17,6)       | 15 (44,1)       | 12 (35,3)  |         |
| <b>Faixa etária</b>     |          |                |                 |            |         |
| 60 a 70 anos            | 2 (5,1)  | 15 (38,5)      | 15 (38,5)       | 7 (17,9)   | 0,221   |
| 70 a 80anos             | 2 (5,3)  | 10 (26,3)      | 11 (28,9)       | 15 (39,3)  |         |
| Acima de 80 anos        | 0        | 8 (22,9)       | 12 (34,3)       | 15 (42,9)  |         |
| <b>Estado civil</b>     |          |                |                 |            |         |
| Casado(a)/União estável | 1 (2,2)  | 14 (30,4)      | 19 (41,3)       | 12(22,2)   | 0,271   |
| Viúvo(a)                | 2 (3,7)  | 18 (33,3)      | 12 (22,2)       | 22 (40,7)  |         |
| Solteiro(a)             | 1 (11,1) | 1 (11,1)       | 5 (55,6)        | 2 (22,2)   |         |
| Separado(a)             | 0        | 0              | 2 (66,7)        | 1 (33,2)   |         |
| <b>Escolaridade</b>     |          |                |                 |            |         |
| 1 a 3 anos de estudo    | 3 (6,1)  | 11 (22,4)      | 16 (32,7)       | 19 (38,8)  | 0,116   |
| 4 a 8 anos de estudo    | 0        | 11 (55,5)      | 4 (20,0)        | 5 (25,0)   |         |
| Analfabeto              | 1 (2,3)  | 11 (25,6)      | 18 (41,9)       | 13 (30,2)  |         |
| <b>Renda</b>            |          |                |                 |            |         |
| Até 2 salários mínimos  | 3 (2,9)  | 31 (30,1)      | 34 (33,0)       | 35 (34,0)  | 0,494   |
| 3 a 5 salários mínimos  | 1 (11,1) | 2 (22,2)       | 4 (44,4)        | 2 (22,0)   |         |
| <b>Ocupação</b>         |          |                |                 |            |         |
| Aposentado(a)           | 1 (1,1)  | 24 (7,0)       | 29 (32,6)       | 35 (39,3)  | 0,017*  |
| Pensionista             | 1(20,0)  | 2 (40,0)       | 2 (40,0)        | 0          |         |
| Do lar                  | 2 (18,2) | 5 (45,5)       | 3 (27,3)        | 1 (9,1)    |         |
| Outros                  | 0        | 2 (28,6)       | 4 (57,1)        | 1 1(4,3)   |         |

\*Teste Qui-quadrado de Pearson: valor  $p < 0,05$

Através da análise de correspondência, observa-se que os idosos na faixa etária entre 60 e 70 anos necessitam de cuidados intermediários ou semi-intensivos. Já os idosos na faixa etária de 71 a 80 e acima de 80 anos necessitam mais de cuidados intensivos, o que aponta para um alto grau de dependência da enfermagem (Figura 5).

**Figura 5** – Correlação entre idade e nível de dependência dos idosos quanto aos cuidados de enfermagem. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112)



Quanto à associação entre o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e os principais diagnósticos médicos, destacaram-se: acidente vascular encefálico, principalmente na categoria de cuidados semi-intensivos (35,4%); infecção do trato urinário, envolvendo as categorias intermediária, semi-intensiva e intensiva (31,9%); pneumonia, também envolvendo as três categorias supracitadas; e o diabetes, destacando-se as categorias semi-intensiva e intensiva com 36,5% e 33,3% do total de idosos, respectivamente.

**Tabela 5** – Distribuição e associação entre o grau de dependência das pessoas idosas quanto aos cuidados de enfermagem e o diagnóstico médico - João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n = 112)

| Diagnóstico de enfermagem    | Cuidados de Enfermagem |                |                 |            | Valor-p |
|------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|------------|---------|
|                              | Mínimos                | Intermediários | Semi-intensivos | Intensivos |         |
|                              | n ( %)                 | n (%)          | n (%)           | n (%)      |         |
| Acidente Vascular Encefálico | 4 (4,2)                | 30 (31,2)      | 34 (35,4)       | 28 (29,2)  | 0,181   |
| Infecção do trato urinário   | 4 (4,4)                | 29 (31,9)      | 29 (31,9)       | 29 (31,9)  | 0,443   |
| Pneumonia                    | 4 (5,5)                | 24 (32,9)      | 22 (30,1)       | 23 (31,5)  | 0,261   |
| Diabetes                     | 2 (3,2)                | 17 (27)        | 23 (36,5)       | 21 (33,3)  | 0,885   |
| Hipertensão Arterial         | 1 (2,9)                | 14 (40)        | 13 (37,1)       | 7 (20)     | 0,190   |

### 5.3 Diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados

De acordo com a Tabela 6, foram identificados e evidenciados oito diagnósticos de enfermagem, condizentes com a dependência de cuidados. Dentre eles, ansiedade apresentou-se com maior frequência (94,6%), seguida por déficit de autocuidado para banho (91,1%), eliminação urinária prejudicada (75,9%), déficit de autocuidado para alimentação (74,1%), mobilidade no leito prejudicada (59,8%), risco de integridade da pele prejudicada (47,3%), mobilidade física prejudicada (33,9%) e integridade da pele prejudicada (30,4%). Destaca-se ainda que os diagnósticos ora referidos indicam um conjunto de problemas característicos desses pacientes hospitalizados, em detrimento de sua frequência ter sido superior a 30%.

Estabelecendo uma relação desses diagnósticos com as necessidades humanas básicas, conforme preconizado por Horta, verifica-se que eles representam basicamente manifestações de necessidades psicobiológicas, uma vez que apenas o diagnóstico ansiedade constitui uma necessidade psicossocial. Tal fato ancora-se na natureza dos indicadores do instrumento de Perroca serem essencialmente biológicos/físicos.

**Tabela 6** – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados, conforme as Necessidades Humanas Básicas (NHBs). João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112)

| NHBs           | Diagnóstico de enfermagem                | n          | %          |
|----------------|------------------------------------------|------------|------------|
| Psicossocial   | Ansiedade                                | 106        | 18,7       |
| Psicobiológica | Déficit do autocuidado para banho        | 102        | 18,0       |
| Psicobiológica | Eliminação urinária prejudicada          | 85         | 15,0       |
| Psicobiológica | Déficit de autocuidado para alimentação  | 83         | 14,6       |
| Psicobiológica | Mobilidade no leito prejudicada          | 67         | 11,8       |
| Psicobiológica | Risco de integridade da pele prejudicada | 53         | 9,3        |
| Psicobiológica | Mobilidade física prejudicada            | 38         | 6,7        |
| Psicobiológica | Integridade da pele prejudicada          | 34         | 6,0        |
| <b>Total</b>   |                                          | <b>568</b> | <b>100</b> |

\* A soma perfaz valor superior a amostra em decorrência de um mesmo indivíduo apresentar mais de uma resposta

Em relação à frequência das características definidoras e fatores de risco dos oito diagnósticos de enfermagem evidenciados no estudo, verificou-se que para o diagnóstico ansiedade as características definidoras mais frequentes foram inquietação (25%) e angústia (18,8%). No tocante ao diagnóstico déficit de autocuidado para banho, constatou-se prevalência da característica capacidade prejudicada de acessar o banheiro em 75 (67%) idosos. No que se refere à eliminação urinária prejudicada, a característica incontinência urinária emergiu com maior percentual (61,6%). Já no que tange ao diagnóstico déficit de autocuidado para alimentação, apontou-se maior frequência para as características incapacidade de pegar alimentos com utensílios (34,8%) e incapacidade de engolir alimentos (32,1%). Quanto à mobilidade no leito prejudicada, a característica capacidade prejudicada de reposicionar na cama esteve presente em 53 (47,3%) pessoas idosas. Já com relação ao risco de integridade da pele prejudicada, destacaram-se os fatores umidade (28,6%) e circulação prejudicada (17%). O diagnóstico mobilidade física prejudicada apresentou como característica mais frequente a amplitude limitada do movimento (23,2%). Referente ao diagnóstico integridade da pele prejudicada, verificou-se destaque para as características rompimento da superfície da pele (14,3%) e destruição da camada da pele (12,5%) (Tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição dos Indicadores (características definidoras e fatores de risco), segundo os Diagnósticos de enfermagem. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112) (Continua)

| <b>Diagnóstico de enfermagem</b>         | <b>Indicadores</b>                           | <b>n</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Ansiedade</b>                         | <b>Características definidoras</b>           |          |          |
|                                          | Inquietação                                  | 28       | 25,0     |
|                                          | Angústia                                     | 21       | 18,8     |
|                                          | Preocupação                                  | 14       | 12,5     |
|                                          | Insônia                                      | 13       | 11,6     |
|                                          | Campo de percepção diminuído                 | 10       | 8,9      |
|                                          | Atenção prejudicada                          | 06       | 5,4      |
|                                          | Nervosismo                                   | 04       | 3,6      |
|                                          | Confusão                                     | 04       | 3,6      |
|                                          | Irritabilidade                               | 03       | 2,7      |
|                                          | Tendência em culpar os outros                | 01       | 0,9      |
|                                          | Tensão facial                                | 01       | 0,9      |
|                                          | Distúrbios do sono                           | 01       | 0,9      |
| <b>Déficit de autocuidado para banho</b> | <b>Características definidoras</b>           |          |          |
|                                          | Capacidade prejudicada de acessar o banheiro | 75       | 67,0     |
|                                          | Capacidade prejudicada de lavar o corpo      | 27       | 24,1     |
| <b>Eliminação urinária prejudicada</b>   | <b>Características definidoras</b>           |          |          |
|                                          | Incontinência urinária                       | 69       | 61,6     |
|                                          | Retenção urinária                            | 09       | 8,0      |

|                                                 |                                                              |               |      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|------|
|                                                 |                                                              | (Continuação) |      |
|                                                 | Disúria                                                      | 06            | 5,4  |
|                                                 | Urgência urinária                                            | 01            | 0,9  |
| <b>Déficit de autocuidado para alimentação</b>  | <b>Características definidoras</b>                           |               |      |
|                                                 | Incapacidade de pegar alimentos com utensílios               | 39            | 34,8 |
|                                                 | Incapacidade de engolir alimentos                            | 36            | 32,1 |
|                                                 | Incapacidade de levar alimento até a boca                    | 05            | 4,5  |
|                                                 | Incapacidade de ingerir alimentos em quantidades suficientes | 02            | 1,8  |
|                                                 | Incapacidade de engolir alimentos socialmente                | 01            | 0,9  |
| <b>Mobilidade no leito prejudicada</b>          | <b>Características definidoras</b>                           |               |      |
|                                                 | Capacidade prejudicada de reposicionar na cama               | 53            | 47,3 |
|                                                 | Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro | 13            | 11,6 |
| <b>Risco de integridade da pele prejudicada</b> | <b>Fatores de risco</b>                                      |               |      |
|                                                 | Umidade                                                      | 32            | 28,6 |
|                                                 | Circulação prejudicada                                       | 19            | 17,0 |
|                                                 | Excreções                                                    | 01            | 0,9  |
|                                                 | Imobilização                                                 | 01            | 0,9  |
|                                                 | Sensações prejudicadas                                       | 01            | 0,9  |
| <b>Mobilidade física prejudicada</b>            | <b>Características definidoras</b>                           |               |      |
|                                                 | Amplitude limitada do movimento                              | 26            | 23,2 |
|                                                 | Capacidade limitada – habilidade motora grossa               | 09            | 8,0  |
|                                                 | Capacidade limitada – habilidade motora fina                 | 01            | 0,9  |
| <b>Integridade da pele prejudicada</b>          | <b>Características definidoras</b>                           |               |      |
|                                                 | Rompimento da superfície da pele                             | 16            | 14,3 |
|                                                 | Destruição da camada da pele                                 | 14            | 12,5 |
|                                                 | Invasão de estruturas da pele                                | 04            | 3,6  |
| <b>Total</b>                                    |                                                              | 112           | 100  |

Considerando a Tabela 8, verificou-se que os oito diagnósticos de enfermagem identificados apresentaram prevalência nas categorias de cuidados semi-intensivos e intensivos, com associação estatisticamente significativa em sete deles, indicando, desse modo, que a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem aumenta a probabilidade do idoso está em grau de dependência maior. Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem apresentaram os seguintes índices de associação com as categorias de necessidades de cuidados semi-intensivos e intensivos: integridade da pele prejudicada revelou-se com 97,1% ( $p < 0,001$ ); mobilidade no leito prejudicada observou-se 94,1% ( $p < 0,001$ ) do total; déficit de autocuidado para alimentação demonstrou 87,0% ( $p < 0,001$ ); eliminação urinária prejudicada apresentou 85,9% ( $p < 0,001$ ) de associação em

tais categorias; déficit de autocuidado para banho emergiu com 73,6% ( $p = 0,001$ ); e risco de integridade da pele prejudicada apresentou 77,4% ( $p < 0,026$ ).

**Tabela 8** – Distribuição e associação entre os Diagnósticos de enfermagem e categorias de cuidados propostas por Perroca. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112)

| Diagnóstico de enfermagem                | Categorias de cuidados          |                                     | Valor-p  |
|------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------|
|                                          | Mínimos/<br>Intermediários<br>% | Semi-Intensivos/<br>Intensivos<br>% |          |
| Integridade da pele prejudicada          | 2,9                             | 97,1                                | <0,001*  |
| Mobilidade no leito prejudicada          | 5,9                             | 94,1                                | <0,001*  |
| Déficit de autocuidado para alimentação  | 13,0                            | 87,0                                | <0,001** |
| Eliminação urinária prejudicada          | 14,1                            | 85,9                                | <0,001*  |
| Risco de integridade da pele prejudicada | 22,6                            | 77,4                                | 0,026**  |
| Déficit de autocuidado para banho        | 26,4                            | 73,6                                | 0,001*   |
| Ansiedade                                | 33,0                            | 67,0                                | >0,999** |
| Mobilidade física prejudicada            | 68,4                            | 31,6                                | <0,001*  |

\*Teste de Fischer; \*\*Teste Qui-quadrado. Valor-p <0,05

No modelo de regressão logística binária final três dos sete diagnósticos incluídos inicialmente revelaram-se significantes no tocante à associação com a maior dependência de cuidados de enfermagem: eliminação urinária prejudicada (*Odds ratio* = 76,042), déficit de autocuidado para alimentação (*Odds ratio* = 56,727) e mobilidade no leito prejudicada (*Odds ratio* = 43,13).

Os dados supracitados apontam que a presença do diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada aumenta em 76 vezes a chance de um idoso estar em dependência total dos cuidados de enfermagem; o déficit de autocuidado para alimentação aumenta em 56 vezes tal chance; e a mobilidade no leito prejudicada contribui 43 vezes com a chance do idoso evoluir para dependência total.

**Tabela 9** – Regressão logística dos diagnósticos de enfermagem com respectivos valores do Qui-quadrado, valor-p, *Odds ratio* e intervalos de confiança. João Pessoa – PB/Brasil, 2015 (n=112) (Continua)

| Diagnóstico de enfermagem       | Qui-quadrado | Valor-p | <i>Odds ratio</i> | IC 95%       |
|---------------------------------|--------------|---------|-------------------|--------------|
| Eliminação urinária prejudicada | 57,043       | <0,001* | 76,042            | 15,91-363,43 |
| Déficit de autocuidado para     | 56,708       | <0,001* | 56,727            | 14,661-      |

|                                          |        |         |        |                |
|------------------------------------------|--------|---------|--------|----------------|
| alimentação                              |        |         |        | 219,495        |
| Mobilidade no leito prejudicada          | 55,219 | <0,001* | 43,13  | 12,949-144,874 |
| Integridade da pele prejudicada          | 19,987 | <0,001* | 28,286 | 3,683-217,238  |
| Déficit de autocuidado para banho        | 22,258 | 0,001*  | 3,778  | 2,734-5,220    |
| Risco de integridade da pele prejudicada | 4,914  | 0,026*  | 2,512  | 1,101-5,732    |
| Ansiedade                                | -      | 0,987   | 1,014  | 0,177-5,808    |
| Mobilidade física prejudicada            | 32,553 | <0,001* | 0,081  | 0,032-0,206    |

---

\*Associação estatisticamente significativa

Quanto à avaliação do modelo de regressão logística, a estatística *Log likelihood Value* diminuiu a cada inserção de variável, passando de 83,465 para 58,208. Em contrapartida, a estatística *Cox & Snell R2* aumentou de 0,408 para 0,527, indicando que 52,75% das variações ocorridas no log da razão de chances podem ser explicadas pelas variáveis do modelo. A análise do *Nagelkerke R2* demonstra que aproximadamente 73% das variações ocorridas na chance de um idoso totalmente dependente evoluir para parcialmente dependente podem ser explicadas pelas variáveis do modelo. O restante da variação deve ser explicado por outros fatores não contemplados neste estudo.

O teste de *Hosmer e Lemeshow* resultou em uma estatística de 0,757, indicando ausência de diferença significativa na distribuição de valores efetivos e previstos. A taxa de acerto do modelo final foi de 90,2%. Estas estatísticas sugerem que o modelo pode ser utilizado para prever a probabilidade de um idoso totalmente dependente tornar-se parcialmente dependente.



## 6.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos

Abordando o processo de transição demográfica e no que se refere ao sexo das pessoas idosas, evidenciou-se no presente estudo maior prevalência de mulheres (69,6%), corroborando, assim, com o constructo atualmente debatido denominado “feminização da velhice”. Em nível mundial, as mulheres compõem a maioria da população idosa e estimativas demonstram que estas vivem de cinco a sete anos, em média, a mais que os homens<sup>(64)</sup>.

No Brasil, a concentração do sexo feminino entre idosos é um fenômeno demográfico emergente, haja vista que a razão de sexos para a população com mais de 60 anos de idade é de aproximadamente 0,8, pressupondo, dessa forma, que há em média 80 homens para cada 100 mulheres, fato este decorrente dos diferenciais de mortalidade entre os sexos cujas taxas para os homens são sempre maiores quando comparadas às da população feminina<sup>(65)</sup>.

Embora exista predominância das mulheres na população idosa, ressalta-se que viver mais nem sempre significa viver melhor. Tal aspecto pode contribuir para a ocorrência de fatores negativos inferindo em um potencial de risco social para estas idosas, como as limitações ocasionadas pela idade, as carências e problemas, o preconceito, a baixa escolaridade, a dependência financeira, a percepção do aprisionamento de familiares que realizam o cuidado, a solidão originada em consequência da viuvez e o acontecimento das doenças crônicas<sup>(66)</sup>.

Em decorrência dos elementos supracitados, constata-se uma maior proporção de mulheres idosas hospitalizadas, ratificando o achado neste estudo e corroborando com diversas outras pesquisas no âmbito nacional <sup>(29,67-69)</sup>. Entretanto, outro estudo internacional realizado com um grupo de 200 idosos hospitalizados apontou maior frequência do sexo masculino no âmbito hospitalar com 56% do total<sup>(70)</sup>.

No que tange à faixa etária, observou-se predominância de idosos entre 60 e 70 anos (34,8%), ratificando os achados de outro estudo nacional que verificou o número de internações em idosos cujo resultado demonstrou que 63% encontravam-se nessa faixa etária<sup>(19)</sup>. De acordo com o último Censo demográfico realizado em 2010, 55,12% da população idosa brasileira pertence à faixa etária de 60 a 70 anos. Tal fato encontra-se atrelado a aspectos importantes, como a queda da mortalidade e o aumento da expectativa de vida no país, sendo caracterizados por fatores determinantes, por

exemplo, avanços tecnológicos, investimentos na saúde pública, assim como a utilização de antibióticos a partir de década de 1940 em decorrência do período pós-guerra<sup>(71)</sup>.

Salienta-se ainda um quantitativo expressivo de idosos com idade acima de 80 anos (31,3%), o que encontra consonância na tendência de crescimento para a população idosa acima de 80 anos, que é de 8,8% ao ano, segundo o IBGE, observando-se, desse modo, que em 2000 o número destes idosos somava-se 1.586.958; em 2008, tal número alcançou os 2.410.106 e, em 2010, os 2.935.585. Para 2050, a projeção será de 13.748.708, estimando-se que neste ano a população de idosos longevos atingirá 6,39% da população brasileira em geral<sup>(72)</sup>.

No que se refere ao estado civil, constatou-se a prevalência de idosos viúvos (48,2%), seguidos por um percentual significativo de indivíduos casados (41,1%), consonando com outras pesquisas nacionais envolvendo idosos em nível hospitalar<sup>(16,73)</sup>. Destaca-se que para o idoso a perda do cônjuge, mesmo sendo um processo natural, ocasiona determinadas consequências que carecem de atenção. No homem idoso da atualidade, a viuvez gera o fim dos cuidados pessoais antes proporcionados pela mulher. Já para a mulher viúva, muitas vezes ocorre o ganho da liberdade, mudando assim sua vida até então rodeada pela autoridade do marido<sup>(74)</sup>. Para os homens com 60 anos ou mais, as taxas de nupcialidade são mais que o dobro quando comparadas às das mulheres, observando-se que quanto mais idade a mulher atingir, menor será a probabilidade desta se casar. Por outro lado, diante da sobremortalidade masculina, principalmente no que concerne aos homens idosos, constata-se uma maior concentração de mulheres idosas aptas ao casamento<sup>(75)</sup>.

Quanto à cor da pele, prevaleceu a cor branca (44,6%), seguida da cor parda (24,1%). Outra pesquisa nacional acerca do índice de internações em idosos também demonstrou os mesmos achados<sup>(19)</sup>. Entretanto, estudo aponta que idosos pretos e pardos constituem um grupo mais vulnerável a riscos na saúde. A variável cor/raça representa um desafio para sistemas de saúde no Brasil, não deixando de reconhecer a importância de outros fatores socioeconômicos, como escolaridade, atividade econômica e renda<sup>(76)</sup>. Na realidade existe uma influência da cor/raça e os aspectos renda e escolaridade. Então estes fatores estão relacionados.

Em relação à escolaridade, houve maior proporção de pessoas idosas com apenas um a três anos de estudo (43,8%) e na sequência aqueles que nunca estudaram (38,4%). Esses dados corroboram com estudo sobre o perfil das hospitalizações em

idosos no estado de Goiânia, o qual constatou o baixo nível de instrução da população idosa<sup>(68)</sup>. De acordo com o último Censo realizado em 2010, no nordeste brasileiro, 46,5 % das pessoas com 60 anos ou mais são analfabetas. São considerados analfabetos indivíduos que declaram não saber ler e escrever algo simples no idioma que conhece ou, ainda, aqueles que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram, ou que apenas assinam o próprio nome<sup>(71)</sup>.

No presente estudo, verificou-se que a renda familiar dos idosos era em média de um a dois salários mínimos (92,0%). Pesquisas nacionais apontam que a baixa renda é uma característica comum na população idosa<sup>(77-79)</sup>.

No tocante à ocupação, verificou-se que 94 (85,0%) eram aposentados/pensionistas. Estudo no âmbito nacional demonstrou a prevalência de 90-90,9% aposentados entre idosos hospitalizados<sup>(80)</sup>. A aposentadoria revela-se como um fator que corrobora para a fragilidade psíquica no idoso em virtude da redução da renda financeira, o fim da rotina de trabalho atrelado ao convívio social, entre outras, o que promove mudanças na sua qualidade de vida. Neste sentido, faz-se necessária uma preparação para tal situação como estratégia para a manutenção da saúde do idoso<sup>(81)</sup>.

Considerando o próprio processo de envelhecimento ou as lacunas existentes na gestão das Políticas Públicas de Atenção a Saúde do Idoso, observa-se a crescente demanda de idosos hospitalizados sofrendo com processos de reinternações, prolongamento de tratamentos ou terapêuticas ineficazes<sup>(82)</sup>.

No que se refere ao tempo de permanência dos idosos na unidade clínica, constatou-se que 55% permaneciam hospitalizados, por um período inferior a uma semana, seguidos por 27% internados entre uma e duas semanas. Outra pesquisa apontou uma média de 13,4 dias quanto ao tempo de internação com variação entre 2 e 68 dias e prevalência de 6 a 10 dias<sup>(29)</sup>. Salienta-se que setores como a unidade clínica recebem um maior número de pacientes e que o tempo de permanência destes no referido local está diretamente relacionado com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem<sup>(35)</sup>.

As doenças crônicas não transmissíveis são apontadas como as causas mais prevalentes que culminam no processo de hospitalização dos idosos<sup>(83)</sup>. Seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, tais doenças, como as cardiovasculares, o diabetes, o câncer, doenças respiratórias crônicas, suscitam desafios para a gestão em saúde. Em 2008, 63% da mortalidade mundial foi atribuída a tais causas, representando

45,9% do quantitativo global de doenças. Em países de baixa e média renda, os valores de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis somam 80%<sup>(84)</sup>.

Nessa perspectiva, os resultados do presente estudo demonstraram a presença das doenças crônicas não transmissíveis em idosos hospitalizados, destas, a maior prevalência foi para a hipertensão arterial sistêmica (68,8%), seguida pelo diabetes (43,8%).

Considerada uma síndrome multifatorial crônica, a hipertensão arterial sistêmica caracteriza-se pela elevação dos níveis tensionais atrelados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, incidindo na hipertrofia cardíaca e vascular. Salienta-se que tal elevação a partir de 115/75 mmHg, de maneira linear, contínua e independente, converge para a ocorrência de mortalidade por doença cardiovascular<sup>(85)</sup>. A hipertensão arterial sistêmica representa um problema de saúde pública no nível de Brasil e no mundo. Nos dez últimos anos, houve um aumento de 43.9% para 53.3% da prevalência de hipertensão autorreferida<sup>(86)</sup>. No que se refere à saúde dos idosos e, principalmente, quanto ao tratamento de hipertensão arterial, ressalta-se que estes requerem atendimento público especializado. Pesquisa com pessoas idosas hospitalizadas apontou a prevalência da hipertensão arterial sistêmica como principal fator predisponente para outras morbidades crônicas<sup>(87)</sup>. Destaca-se ainda que a hipertensão arterial sistêmica está totalmente relacionada com presença de dependência funcional no idoso<sup>(14-88)</sup>.

No tocante ao diabetes, aponta-se para o aumento progressivo e acelerado ocorrendo em nível mundial. Alerta-se que mais de 300 milhões de novos casos já foram registrados nos últimos dez anos, emergindo tal problema de saúde como a sétima maior causa de morte no mundo. Em 2004, 3,4 milhões de pessoas morreram devido a problemas associados à doença e, em 2030, a previsão é que esse número irá aumentar em mais de 50%<sup>(89)</sup>. Neste sentido, ressalta-se que o controle glicêmico, a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico confirmam-se como medidas valiosas e imprescindíveis para a redução de diversas complicações relacionadas a esta doença, assim como a diminuição de hospitalizações decorrentes do diabetes<sup>(90)</sup>.

Pesquisa sobre o índice de hospitalizações entre adultos e idosos, nos anos de 2001 e 2012, no estado do Ceará, Brasil, registrou um quantitativo de 51.317 internações por diabetes<sup>(91)</sup>. Em nível internacional, estudo salientou fatores como a hipoglicemia sendo responsável pelo alto índice de hospitalizações entre idosos,

especialmente entre os mais longevos<sup>(92)</sup>. Aponta-se ainda que a ocorrência do diabetes corrobora também para o aumento da dependência funcional no idoso<sup>(14)</sup>.

A pneumonia é uma doença respiratória que não faz parte do contexto das doenças crônicas não transmissíveis. Apesar disso, pesquisa apontou as pneumopatias como a principal causa de internação em adultos e idosos no âmbito das diversas clínicas hospitalares<sup>(35)</sup>. Outro estudo internacional constatou a pneumonia (13,6%) como fator associado à hospitalização em pessoas idosas<sup>(93)</sup>.

Considerando a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis ora mencionadas, evidencia-se que estas contribuem para o aumento da quantidade de fármacos por pessoas idosas, haja vista o período prolongado do tratamento e o uso simultâneo de diferentes medicamentos. Analisando tais particularidades, os idosos estão mais propensos a sérios riscos quanto ao uso de medicamentos em comparação a outras faixas etárias, uma vez que alterações específicas do envelhecimento convergem para o processo de vulnerabilidade, principalmente no que tange às interações medicamentosas, aos efeitos colaterais e às reações adversas<sup>(94)</sup>.

O presente estudo demonstrou que 84,4% dos idosos hospitalizados utilizavam até dois medicamentos diariamente em consonância com pesquisa que identificou que 89,4% faziam uso de algum medicamento e 62% mais de um<sup>(95)</sup>. Evidencia-se ainda que a prática da polifarmácia não foi observada entre os idosos estudados, consonando com outro estudo<sup>(96)</sup>. O termo polifarmácia se refere ao uso de diversos medicamentos utilizados concomitantemente<sup>(97)</sup>. Ainda não há uma definição consolidada na literatura sobre a quantidade de medicamentos utilizado que caracterizam a polifarmácia, entretanto, considera-se o uso de cinco ou mais fármacos<sup>(98)</sup>.

Quanto aos tipos de medicamentos, os anti-hipertensivos (67,9%) destacaram-se, seguidos pelos hipoglicemiantes (39,3%). A respeito disso, pesquisa verificou a predominância da utilização de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes entre idosos<sup>(95)</sup>.

Diante do exposto, observa-se que a partir da identificação das características sociodemográficas e clínicas dos idosos hospitalizados, constatou-se que o processo de envelhecimento é permeado por mudanças progressivas envolvendo aspectos individuais e coletivos que repercutem em sérias consequências para a saúde desses indivíduos. Caberá à enfermagem reconhecer e intervir sobre os referidos aspectos que corroboram para a dependência de cuidados.

## 6.2 Dependência dos idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem

Para determinar a dependência do paciente em relação à enfermagem, deve-se considerar a relevância da avaliação profissional cujo propósito é identificar as necessidades multidimensionais do indivíduo, além de prover base científica para direcionar as condutas, assim como a implementação das intervenções de cuidado<sup>(99)</sup>. Tal avaliação pode ser subsidiada pela utilização do SCPs que tem como objetivo principal nortear a assistência, no intuito de prestar uma atenção integral, além de racionalizar o trabalho, envolvendo recursos humanos e materiais, e desse modo verificar a dependência dos pacientes hospitalizados<sup>(100)</sup>. Neste enfoque, o instrumento proposto por Perroca (ICPs) averigua a demanda de atenção dos pacientes quanto aos cuidados de enfermagem que, conseqüentemente, são classificados em categorias de cuidados: mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos<sup>(58)</sup>.

No que se refere à mensuração do grau de dependência dos idosos hospitalizados envolvidos, no presente estudo, com a demanda de cuidados, constatou-se maior prevalência das categorias de cuidados semi-intensivos (34%) e intensivos (33%), o que demonstra a necessidade de uma maior demanda assistencial, inferindo acerca do dimensionamento da equipe de enfermagem, suscitando mudanças no que se refere, principalmente, à alocação de recursos e de pessoal, bem como à transferência de pacientes para unidades de alta complexidade que ofereçam cuidados especializados.

Estes dados diferem de pesquisa que evidenciou maior proporção para a classificação de pacientes hospitalizados idosos e não idosos, nas categorias de cuidados mínimos e intermediários<sup>(101)</sup>. Outro estudo nacional realizado em unidades clínicas, acerca do atendimento das necessidades humanas básicas de idosos hospitalizados, identificou um percentual significativo de pacientes com dependência das ações de enfermagem classificados na categoria de cuidados semi-intensivos, embora a categoria de cuidados intermediários tenha apresentado maior predominância. Esclareceu-se, ainda, que a amostra do referido estudo não identificou idosos necessitando de cuidados intensivos<sup>(29)</sup>. Já outra pesquisa anterior envolvendo pessoas com várias faixas etárias, com predomínio para idosos, apresentou prevalência das categorias de cuidados intermediários e semi-intensivos<sup>(102)</sup>. Salienta-se também que não foram encontrados estudos envolvendo pacientes idosos hospitalizados que apontassem a prevalência da categoria de cuidados intensivos.

Ao analisar os presentes resultados comparados a pesquisas anteriores supracitadas<sup>(29-101)</sup>, observa-se discordância no aspecto da classificação de pacientes, mais especificamente divergência quanto à dependência dos cuidados de enfermagem. É oportuno destacar que, referente ao ICPs proposto por Perroca, pesquisa observou certa tendência deste ICPs em subestimar a categoria de cuidados à qual o paciente pertencia<sup>(57)</sup>. Em detrimento de tal fato, o referido instrumento foi avaliado, ao longo dos anos, aprimorado, reconstruído e, assim sendo, disponibilizada nova versão em que se ratifica sua confiabilidade e validade<sup>(58-103)</sup>.

Dado o exposto, observou-se a necessidade de se analisar a percepção dos enfermeiros quanto à eficácia da nova versão do instrumento de classificação, na prática profissional, no sentido de avaliar a demanda de cuidados requerida pelos pacientes. O grau de concordância encontrado evidenciou o alinhamento do ICPs com a percepção dos enfermeiros estudados<sup>(104)</sup>. O mesmo estudo apontou ainda as categorias cuidados mínimos (48,6%) e intermediários (25,7%) com maior proporção quando comparadas às semi-intensivos (14,3%) e intensivos (1,4%). Este fato corrobora com a eficácia do ICPs e enfatiza ainda mais a discordância com o presente estudo, o que possivelmente deve estar atrelada à realidade do serviço onde foi desenvolvida a presente pesquisa.

No tocante aos indicadores críticos de cuidado do ICPs expressos pelos idosos, verificou-se destaque para locomoção e atividade (mediana = 3), cuidado corporal e eliminações (mediana = 2,5) e nutrição e hidratação (mediana = 2,5). Quando comparado à versão anterior, outro estudo apontou prevalência para os mesmos indicadores<sup>(29)</sup>. Estudo realizado recentemente mediante a nova versão do instrumento para identificar as necessidades de cuidados dos pacientes com e sem uso do ICPs apontou os indicadores Locomoção e Atividade, Cuidado Corporal e Eliminações, Investigação e Monitoramento e Terapêutica com alto grau de significância para a determinação da demanda de cuidados<sup>(104)</sup>. Infere-se, portanto, que tais indicadores se encontram totalmente atrelados ao fator da dependência dos cuidados de enfermagem, haja vista a restrição das AVDs, como locomover-se, banhar-se e alimentar-se.

Ao correlacionar a dependência dos idosos quanto aos cuidados de enfermagem às características sociodemográficas, verificou-se maior percentual de mulheres na categoria de cuidados intermediários e os homens em semi-intensivos. Estudo abordando o grau de dependência para autocuidado em adultos e idosos hospitalizados também não constatou diferenças significativas no que se refere ao sexo<sup>(35)</sup>. Outra pesquisa com pessoas idosas hospitalizadas com a síndrome da fragilidade verificou

associação ( $p=0,995$ ) semelhante entre a prevalência de fragilidade e sexo dos participantes<sup>(80)</sup>.

Quanto à faixa etária, idosos com idades acima de 80 anos demonstraram maior grau de dependência da assistência de enfermagem com 12 (34,3%) idosos longevos dispostos na categoria de cuidados semi-intensivos e 15 (42,9%) em cuidados intensivos. Pesquisa nacional apresentou resultados similares, principalmente no que concerne à associação entre faixa etária e o alto grau de dependência de cuidados<sup>(105)</sup>. Outro estudo apontou que os idosos pertencentes à faixa etária entre 80 e 100 anos foram classificados nas categorias de cuidado intermediário e semi-intensivo<sup>(29)</sup>. Entretanto, pesquisa salientou que pessoas idosas com maior idade nem sempre demonstram mais dependência de cuidados, apontando ainda que o surgimento de incapacidades pode ser resultante da associação entre doenças, herança genética e hábitos de vida<sup>(25)</sup>. Daí a importância de intervir em uma perspectiva preventiva na modificação de hábitos de vida e prevenção de doenças.

No que tange ao estado civil, apontou-se que os idosos viúvos dependem mais dos cuidados de enfermagem, seguidos pelos casados. Expondo resultados similares, pesquisa em nível nacional, assim como no âmbito internacional, ressaltou que idosos viúvos apresentam maior grau de dependência<sup>(73-106)</sup>.

Características relevantes como grau de escolaridade e renda associaram-se diretamente com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem. No que concerne à escolaridade, observou-se que os idosos que nunca estudaram ou aqueles com poucos anos de estudo classificaram-se, respectivamente, nas categorias de cuidados semi-intensivos e intensivos. A literatura já aponta que a escolaridade emerge como fator determinante para a autonomia e independência no idoso, haja vista que quando este apresentar déficit acerca desse fator, conseqüentemente, acarretará a diminuição na autonomia, o que por sua vez contribuirá para o aumento da dependência de cuidados<sup>(107)</sup>.

Quanto à renda, apresentaram maior dependência as pessoas idosas que ganhavam até dois salários mínimos. O maior percentual de idosos aposentados demonstrou alto grau de dependência dos cuidados de enfermagem, sendo classificados na categoria de cuidados intensivos. A redução das atividades de trabalho, em razão da aposentadoria e da ocorrência frequente de condições crônicas que acarretam diminuição das capacidades físicas nesse período da vida, é uma possível razão para a prevalência de dependência encontrada entre os aposentados e pensionistas<sup>(73)</sup>. Pesquisa

realizada com idosos também verificou que o maior grau de dependência estava associado aos idosos sem atividade laboral<sup>(108)</sup>.

Nesse contexto, salienta-se que os profissionais de enfermagem devem estar preparados quanti e qualitativamente para o atendimento das necessidades dos idosos hospitalizados, principalmente no que tange à dependência de cuidados. O número diferenciado de membros da equipe de enfermagem deve estar adequado e preparado para as diversas situações individuais do cuidado ao idoso com propósito essencial de respeitar e impulsionar a autonomia deste<sup>(25)</sup>.

As Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso enfatizam a importância dos recursos humanos para o processo de cuidar, além da necessidade de capacitação e atualização para uma assistência de qualidade. A não observação de tais aspectos converge para crescentes processos de reinternações, prolongamento de tratamentos ou terapêuticas ineficazes entre idosos<sup>(82)</sup>. Apesar disso, a classificação de pacientes revela-se como uma estratégia de capacitar os profissionais de enfermagem no desenvolvimento do cuidado diferenciado e válido e, consequentemente, contribuir para a redução destes processos de reinternações, prolongamento de tratamentos ou terapêuticas ineficazes das pessoas idosas.

Nessa perspectiva, quanto à relação entre a dependência das pessoas idosas dos cuidados de enfermagem e os principais diagnósticos médicos, destacaram-se o acidente vascular encefálico, a infecção do trato urinário, a pneumonia e o diabetes, respectivamente. Não obstante, aponta-se que uma das principais causas de incapacidade e dependência em pessoas idosas é a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis<sup>(109)</sup>. Ressalta-se ainda que o acidente vascular cerebral se revela como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais associada a dependência de cuidados em idosos, e tal dependência não se restringe apenas ao âmbito hospitalar<sup>(110)</sup>.

Diante do exposto, assevera-se que os dados apresentados são indicativos de que ao longo dos anos há um agravamento na saúde em geral das pessoas idosas, comprovando a ineficiência dos serviços de atenção primária voltados para a saúde dos idosos, corroborando, assim, com o desfecho do processo de hospitalização, mais especificamente com o aumento do grau de dependência de cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar, demandando maior atenção por parte não apenas dos profissionais de enfermagem mas também da equipe multidisciplinar em geral.

### 6.3 Diagnósticos de enfermagem mais evidenciados em idosos hospitalizados

Para a Enfermagem Gerontológica é de extrema importância a percepção e o entendimento das diversas características apresentadas pelos pacientes idosos hospitalizados, com o propósito de planejar ações e intervenções sistematizadas, garantindo assistência e cuidados integrais e enfatizando a recuperação, a promoção da saúde e o bem-estar nessa fase da vida<sup>(111)</sup>. Deste modo, para que a enfermagem alcance e garanta aos idosos hospitalizados assistência e cuidado integrais, é imprescindível a utilização de constructos teóricos com o intuito de nortear sua prática.

É oportuno destacar a completude da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, assim como a sua operacionalização através da implementação do Processo de enfermagem, em cujas etapas, encontram-se os diagnósticos de enfermagem. Destarte, assevera-se acerca da importância para a utilização dos diagnósticos da NANDA-I, assim como a identificação das características definidoras e fatores de risco destes diagnósticos de enfermagem, com objetivo de intervir nas necessidades individuais de cada paciente, de acordo com o grau de dependência de cuidados, além de fundamentar o exercício da profissão. A respeito disso, ressalta-se ainda que a implementação do ICPs proposto por Perroca e baseado nas NHBs subsidia também a verificação da dependência de cuidados.

Mediante as ponderações apresentadas, estudo realizado no âmbito nacional com idosos acerca da demanda de cuidados de enfermagem apontou que o processo de hospitalização evidencia necessidades humanas básicas, como problemas cutâneos, deformidades geradas pela imobilização, infecção urinária, higiene corporal precária, desidratação, entre outros<sup>(112)</sup>.

No tocante aos diagnósticos de enfermagem elencados no presente estudo, observou-se maior frequência, respectivamente, para ansiedade (94,6%), seguida por déficit de autocuidado para banho (91,1%), eliminação urinária prejudicada (75,9%), déficit de autocuidado para alimentação (74,1%), mobilidade no leito prejudicada (59,8%), risco de integridade da pele prejudicada (47,3%), mobilidade física prejudicada (33,9%) e integridade da pele prejudicada (30,4%).

O diagnóstico **ansiedade** foi verificado em 106 (94,6%) idosos, sendo este definido como “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autônoma (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. Define-se

também como um sinal de alerta chamando atenção para uma situação de perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”<sup>(52)</sup>. A ansiedade acomete cerca de 17,1% da população idosa em geral, enquanto que ao longo de toda a vida de um ser humano essa desordem apresenta prevalência de apenas 18,6%<sup>(113)</sup>.

Em nível internacional, estudo verificou a ansiedade como um dos diagnósticos de enfermagem com maior frequência (50,3%) entre idosos internados<sup>(114)</sup>. No Brasil, pesquisa realizada em unidades clínicas também apontou a prevalência deste diagnóstico de enfermagem entre idosos<sup>(53)</sup>. No que se refere às suas características definidoras, observou-se maior frequência para **inquietação** (25,0%) e **angústia** (18,8%). Neste enfoque, constata-se a alta dependência dos cuidados de enfermagem, uma vez que o diagnóstico de ansiedade, caracterizado por inquietação ou angústia, corrobora para a comprovação das necessidades psicobiológicas das pessoas idosas hospitalizadas.

Convém salientar que o diagnóstico de enfermagem ansiedade encontra-se inerente às implicações psicossociais da hospitalização nos idosos. A respeito disso, o próprio processo do adoecer atrelado à necessidade de hospitalização converge para o estabelecimento de uma nova realidade a ser enfrentada, sendo caracterizada por sentimentos e comportamentos diferenciados, que culminam em um desequilíbrio na vida cotidiana da pessoa idosa<sup>(115)</sup>.

Quanto ao diagnóstico de enfermagem **déficit de autocuidado para banho**, este esteve presente em 102 (91,1%) idosos, consonando com outro estudo<sup>(116)</sup>. Observa-se que a NANDA-I o define como “capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho por si mesmo”<sup>(52)</sup>. Tal fato converge diretamente para o declínio funcional na pessoa idosa e, uma vez que esta quando não conseguir realizar AVDs como o próprio ato de banhar-se, será constatado, desse modo, o aumento gradativo da dependência de cuidados no ambiente hospitalar<sup>(24)</sup>. A **capacidade prejudicada de acessar o banheiro** emergiu como a característica definidora do diagnóstico déficit de autocuidado para banho com maior frequência (67%) neste estudo. Assim, verifica-se a eficiência dos diagnósticos de enfermagem em identificar o grau de dependência dos idosos, assim como a necessidade de cuidados de enfermagem específicos e indispensáveis, por exemplo, a realização de banho no leito.

No tocante às modificações sofridas no sistema renal após a quarta década de vida, alterações podem ocorrer, como diminuição da capacidade de filtração e excreção

do sangue pelos rins. Alterações na bexiga também podem ser estabelecidas afetando o relaxamento, armazenamento, contração e expulsão da urina<sup>(53)</sup>, o que pressupõe possíveis efeitos danosos a este sistema.

Considerando isso, além de outros aspectos que podem afetar a funcionalidade desse sistema, a **eliminação urinária prejudicada** foi outro diagnóstico de enfermagem que se destacou nos idosos investigados (74,1%) em consonância com pesquisa recente<sup>(117)</sup>, sendo definida como “disfunção na eliminação de urina”<sup>(52)</sup>. O próprio processo fisiológico do envelhecimento atrelado a patologias contribuem para o surgimento das grandes síndromes geriátricas no idoso, dentre as quais destaca-se a síndrome da incontinência urinária que por sua vez corrobora para a ocorrência de diversos diagnósticos de enfermagem no ambiente hospitalar, como a eliminação urinária prejudicada. Tais diagnósticos favorecem o aumento da dependência dos idosos, em que cabe à enfermagem identificá-los e, dessa forma, reduzir complicações, tempo de hospitalização e futuras reinternações dos idosos<sup>(53)</sup>. Dentre as características definidoras, a **incontinência urinária** esteve presente em 69 (61,6%) idosos.

Nesse contexto, estima-se que cerca de 40% a 70% dos idosos hospitalizados apresentem incontinência urinária<sup>(118)</sup>, o que acarreta um maior grau de dependência quanto aos cuidados de enfermagem. Em meio a este cenário, o enfermeiro deve atuar de maneira concisa elaborando um plano de cuidado individualizado que contribua para a redução da ocorrência e das consequências da incontinência urinária entre as pessoas idosas<sup>(119)</sup>. Sendo assim, constata-se a relevância da identificação do diagnóstico de enfermagem ora mencionado no sentido de atender à necessidade psicobiológica de eliminação, preconizada por Horta, dentre os idosos.

Considerando o processo de envelhecimento, a nutrição constitui um elemento essencial para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, uma vez que nessa fase da vida as pessoas podem perder o interesse em preparar e ingerir refeições. Distúrbios nutricionais convergem para o acometimento de diversas doenças que poderão comprometer ainda mais o estado nutricional do idoso. Para o alcance da qualidade de vida, principalmente na velhice, é imprescindível a necessidade de se ter nutrição adequada<sup>(120)</sup>.

O **déficit de autocuidado para alimentação** é a “capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação”<sup>(52)</sup>. Foi evidenciado por 83 (74,1%) idosos. Ressalta-se que o idoso pode apresentar sérios riscos de desequilíbrios em decorrência de alterações no estado nutricional. É papel da enfermagem reconhecer

tais alterações, considerando o desgaste do sistema orgânico, assim como as diferenças específicas de cada indivíduo e, desse modo, atender às necessidades das pessoas idosas no ambiente hospitalar<sup>(121)</sup>. No que tange às características definidoras, **incapacidade de pegar alimentos com utensílios** emergiu com 34,8%, seguida por **incapacidade de engolir alimentos** com 32,1% do total. Tais características confirmam ainda mais o alto grau de dependência dos idosos internados, demandando atenção redobrada da equipe de enfermagem.

Para o enfermeiro identificar as necessidades dos pacientes idosos durante a internação, principalmente quanto ao padrão nutricional inadequado, faz-se necessária a definição de estratégias de acompanhamento e de monitorização da ingesta perante tal vulnerabilidade<sup>(116)</sup>.

O diagnóstico **mobilidade no leito prejudicada** ocorreu em 67 (59,8%) idosos e define-se como “limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito”<sup>(52)</sup>. No cenário hospitalar é muito comum a identificação de idosos com restrição no leito, e o enfermeiro deve dedicar uma atenção especial diante deste aspecto, uma vez que tal fato suscita consequências sérias à saúde da pessoa idosa, como a ocorrência das tão temidas e relevantes úlceras de pressão<sup>(121)</sup>. Estudo realizado com pacientes críticos no ambiente hospitalar apontou o diagnóstico mobilidade no leito prejudicada com alto nível de frequência (80%) para o desenvolvimento de lesões dermatológicas, como as úlceras de pressão<sup>(122)</sup>. Quanto às características definidoras, observou-se **capacidade prejudicada de reposicionar na cama** em 53 (47,3%) dos idosos, o que ratifica a predisposição para o surgimento de úlceras de pressão nesta amostra, assim como a necessidade de cuidado de enfermagem.

Considerando o diagnóstico mobilidade no leito prejudicada, confirma-se o **risco de integridade da pele prejudicada**, emergindo com 47,3%. A respeito disso, a NANDA-I o define como “Vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde”<sup>(52)</sup>. Em consonância com a presente pesquisa, estudos apontaram a prevalência do diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados<sup>(53-123)</sup>. Neste contexto, salienta-se que o risco de integridade de pele prejudicada pode convergir para evolução de diversas situações de respostas humanas, dentre elas destacam-se risco de infecção, dor aguda e crônica, baixa autoestima situacional, ansiedade, medo, entre outros<sup>(52)</sup>. No que concerne aos fatores de risco, destacou-se **umidade** (28,6%) e **circulação prejudicada** (17%). Tais fatores de risco também foram identificados em outro estudo<sup>(124)</sup>.

Analizando o diagnóstico de enfermagem ora mencionado, ressalta-se que tal risco corrobora para a ocorrência da **integridade da pele prejudicada**, observada em 30,4% dos idosos estudados. Uma vez confirmada, a integridade da pele prejudicada pode implicar em maior gravidade e complexidade no idoso, haja vista que com o passar do tempo este torna-se mais vulnerável a inúmeras situações, considerando a possibilidade de diminuição das funções do sistema imune<sup>(125)</sup>. Pesquisa realizada em cenário hospitalar, envolvendo adultos e idosos, identificou a presença do diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em 100% das pessoas idosas estudadas<sup>(126)</sup>. Perante tal relevância, vale destacar a definição de integridade da pele prejudicada como “epiderme e/ou derme alterada”<sup>(52)</sup>. No que tange às características definidoras, **rompimento da superfície da pele** (14,3%) e **destruição da camada da pele** (12,5%) prevaleceram entre idosos participantes deste estudo.

Quanto à **mobilidade física prejudicada**, constatou que 33,4% dos idosos apresentaram tal diagnóstico de enfermagem, corroborando com outra pesquisa<sup>(126)</sup>. A NANDA-I o define como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”<sup>(52)</sup>. No tocante às suas características definidoras identificadas com maior frequência entre os idosos, ressalta-se **amplitude limitada do movimento** (23,2%).

Após a associação entre os diagnósticos de enfermagem e as categorias de cuidados, observou-se que quanto maior o grau de dependência dos idosos dos cuidados de enfermagem, maior foi a frequência dos diagnósticos de enfermagem. A respeito disso, assevera-se que o enfermeiro deve reconhecer o perfil dos pacientes idosos com enfoque no grau de dependência de cuidados e, principalmente, quanto aos diagnósticos de enfermagem presentes para assim planejar cuidados e intervenções individualizadas e específicas<sup>(30)</sup>.

Para o estabelecimento das necessidades dos idosos hospitalizados, é de extrema importância a identificação dos diagnósticos de enfermagem, uma vez que a prevalência destes, assim como as situações clínicas mais frequentes, comprova as limitações e os riscos inerentes a esta idade, com tendência de agravamento, de acordo com o período de hospitalização<sup>(116)</sup>.

Outro aspecto importante que o presente estudo verificou foi a significância estatisticamente comprovada acerca da presença dos diagnósticos de enfermagem eliminação urinária prejudicada, déficit de autocuidado para alimentação e mobilidade

no leito prejudicada aumentarem a possibilidade de um idoso estar em dependência total dos cuidados de enfermagem.

Convém ressaltar que a implementação do processo de enfermagem possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem, subsidiando assim a prática do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa hospitalizada. Entretanto, na assistência ao paciente idoso, a utilização dos diagnósticos de enfermagem ainda é representada como um desafio, haja vista a falta de preparo profissional em meio a este cenário<sup>(123-128)</sup>.

Diante do exposto, é oportuno destacar que os diagnósticos de enfermagem representativos da demanda de cuidados identificados nos indivíduos idosos hospitalizados corroboraram para a imprescindibilidade do profissional de saúde, em especial o de enfermagem, voltar sua atenção a esta população considerando também os fatores inerentes a este cenário. Destaca-se, ainda, que o enfermeiro deve nortear sua assistência, sobretudo, através da utilização de Teorias de enfermagem, como a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, instrumentalizada pelo processo de enfermagem e outros instrumentos, por exemplo, o Sistema de classificação de pacientes, proposto por Perroca, para qualificar sua prática.

**CONCLUSÃO**

---

O processo de envelhecimento encontra-se atrelado a fatores que convergem para o aumento de hospitalizações entre idosos, corroborando, consequentemente, com a dependência de cuidados, mais especificamente da assistência de enfermagem. A respeito disso, o objetivo deste estudo foi verificar a dependência de cuidados de enfermagem de pessoas idosas hospitalizadas em uma unidade clínica utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca,

O uso de teorias de enfermagem, em especial o constructo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, empregado através da utilização do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca, proporcionou um direcionamento para a identificação da dependência de idosos hospitalizados quanto aos cuidados de enfermagem. Sua utilização subsidiou intimamente a identificação dos diagnósticos de enfermagem, corroborando para o norteameto da assistência de Enfermagem.

No tocante às características sociodemográficas, constatou-se predominância de idosos do sexo feminino (69,6%), com faixa etária prevalente entre 60 e 70 anos (34,8%), viúvos (48,2%), brancos (44,6%), com escolaridade entre um e três anos (43,8%), renda média de até dois salários mínimos (92,0%) e aposentados/pensionistas (85%). Quanto às características clínicas, verificou-se que 55,0% permaneciam hospitalizados por um período inferior a uma semana, com destaque para os seguintes diagnósticos médicos: hipertensão arterial (68,8%), diabetes (43,8%), pneumonia (34,8%) e infecção do trato urinário (18,8%). Considerando ainda as características clínicas, observou-se que a maioria utilizava até dois medicamentos de uso contínuo (84,4%), com destaque para anti-hipertensivos (67,9%) e hipoglicemiantes (39,3%).

No que se refere à dependência quanto aos cuidados de enfermagem, evidenciou-se que 34% dos idosos avaliados foram classificados na categoria de cuidados semi-intensivos e 33% em cuidados intensivos. Verificou-se que dentre os indicadores críticos do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca, destacaram-se: locomoção e atividade, cuidado corporal e eliminações e nutrição e hidratação. No que tange à relação entre o grau de dependência dos idosos quanto aos cuidados de enfermagem e às características sociodemográficas, apontou-se associação estatisticamente significativa com ocupação. Quanto à associação entre o grau de dependência e os principais diagnósticos médicos, verificaram-se: acidente vascular encefálico, infecção do trato urinário, pneumonia e o diabetes.

No que concerne aos diagnósticos de enfermagem emergidos do ICPs, ansiedade foi apontada com maior frequência, seguida por déficit de autocuidado para banho,

eliminação urinária prejudicada, déficit de autocuidado para alimentação e mobilidade no leito prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada e integridade da pele prejudicada.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a maioria dos diagnósticos de enfermagem e as categorias de cuidados, com maior prevalência para cuidados semi-intensivos e intensivos, indicando, assim, que quanto maior o grau de dependência dos idosos dos cuidados de enfermagem, maior será a frequência dos diagnósticos de enfermagem. Verificou-se associação estatisticamente significativa também entre a presença dos diagnósticos de enfermagem eliminação urinária prejudicada, déficit de autocuidado para alimentação e mobilidade no leito prejudicada aumentarem a possibilidade de um idoso estar em dependência total dos cuidados de enfermagem.

Nesse sentido, os resultados confirmam o alto grau de dependência de pessoas idosas hospitalizadas quanto aos cuidados de enfermagem, ratificando que os fatores sociodemográficos e clínicos, assim como a presença dos diagnósticos de enfermagem, intensificam esta problemática.

Diante do exposto, conclui-se que o sistema de classificação de pacientes é eficaz para analisar a dependência dos idosos hospitalizados referente aos cuidados de enfermagem. Os resultados empíricos obtidos por meio desta pesquisa representam subsídios essenciais para o planejamento e para a implementação de intervenções de enfermagem específicas, com propósito de melhorar a qualidade de vida dos idosos hospitalizados em unidades clínicas, e o desenvolvimento de outros estudos semelhantes que auxiliem a prática, abrangendo o cuidado de enfermagem voltado para elucidar a dependência de pessoas idosas hospitalizadas.

A limitação deste estudo deve-se a sua natureza de amostragem não probabilística, mesmo sendo mais indicada para o alcance dos objetivos propostos, haja vista a impossibilidade da aleatoriedade dos participantes, bem como por haver análise de associação envolvendo fatores não controlados, emergindo uma fragilidade para a inferência dos resultados em outras populações.

## ***REFERÊNCIAS***

---

1. Faleiros VP. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. *Argumentum* [Internet]. 2014 jan./jun [citado em 21 ago. 2015]; 6(1): 6-21. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7952/5738>.
2. Paiva SOC, Carvalho EMF, Luna CF. A velhice não contemplada: indivisibilidade das demandas sociais em pessoas idosas em Fernando de Noronha – Nordeste de Brasil. *Rev. Kaïros* [Internet]. 2007 dez [citado em 21 ago. 2015]; 10(2): 91-105. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2592/1646>
3. WHO - World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
4. BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: DF, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm).
5. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev. Científica Internacional* [Internet]. 2012 [citado em 13 set. 2015]; 1(20):106-32. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>.
6. Mendes ADCG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2012 [citado em 20 set. 2015]; 28(5):955-964. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/14.pdf>.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
8. Miller T, Castanheira HC. The fiscal impact of population aging in Brazil: 2005-2050. *Rev. bras. estud. Popul.* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept. 20]; 30 Suppl: S5-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30s0/02.pdf>.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção populacional do Brasil. Comunicação Social. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
10. Clegg A, Young J, Liffie S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* [Internet]. 2013[cited 2015 Sept. 20]; 381(9868):752-62. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62167-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62167-9/fulltext)
11. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* [Internet]. 2011[cited 2015 Sept. 20]; 377(9775):1438-47. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60393-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60393-0/abstract).
12. Brasil ACO. Promotion of health and human functionality. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2013 jan./mar [cited 2015 Sept. 22]; 26(1):5-8. Available from:

[http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2646/pdf\\_1](http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2646/pdf_1).

13. Weiss, CO. Frailty and chronic diseases in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2011; 27(1):39-52. PubMed; PMID 21093721.
14. Santos Júnior EB, Oliveira LPAB, Silva RAR. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. *J. res.: fundam. care*. Online [Internet]. 2014 (cited 2015 Sept. 02). abr./jun. 6(2):51-524. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3301/pdf\\_1234](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3301/pdf_1234).
15. Departamento de Informática do SUS [internet]. Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidades. [cited 2015 Sept 20]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.
16. Flesch LD, Araujo TCCF. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estud. Psicol.* [internet]. 2014[citado em 20 set. 2015]; 19(3): 227-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2014000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2014000300008&script=sci_arttext)
17. Guerreiro LL, Catalán AG. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Rev. latinoam enferm.* [internet]. 2011[cited 2015 Sept. 22]; 19(6):1377-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/14.pdf>.
18. Kelley AS, Ettner SL, Morrison RS, Du Q, Sarkizian CA. Disability and decline in physical function associated with hospital use and of life. *J Geriatr Med*. 2012 Jul; 27(7): 794-500. PubMed; PMID 22382455.
19. Silva DA, Santos DT, Aragão FC, Cavalcante AMRZ, Stival MM, Lima LR. Índice de internação de idosos de unidades básicas de saúde do interior de Goiás. *Rev. Enferm. Cent. O. Min*. 2013 mai/ago; 3(2):696-705.
20. Rizzoli R, Reginster JY, Arnal JF, Bautmans I, Beaudart C, Bischoffi-Ferrari H et al. Quality of life in Sarcopenia and Frailty. *Calcif tissue int*. 2013; 93(2): 101-20. PubMed; PMID 23828275.
21. Palleschi L, Alfieri W, Salani B, Fimognari FL, Marsilli B, Pierantozzi A, et al. Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The progetto dimissioni in geriatria study. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(2): 193-99. PubMed; PMID 21288230.
22. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011 Oct [citado em 25 set. 2015]; 64(5): 958-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000500024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000500024&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500024>.
23. Caldas CP, Teixeira PC. O idoso hospitalizado sob o olhar da teoria de enfermagem humanística. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2012 Out/Dez [citado em 25 set. 2015];

- 11(4):748-57. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21657/11515>.
24. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2014 [citado em 10 out. 2015]; 17(1):165-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>.
  25. Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Sept. 22]; 20( 1 ): 59-67. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072011000100007>.
  26. Perroca MG, Gaidzinski RR. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: Teste de Confiabilidade pela concordância entre Avaliadores – Correlação. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2002 [citado em 11 out. 2015]; 36(3): 245-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v36n3/v36n3a05>.
  27. Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2007 [citado em 11 out. 2015]; 14(1): 8-12. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/id215.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/id215.pdf).
  28. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Br). Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2010.
  29. Urbanetto JS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magnago TBS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. Rev. bras. enferm. (Online) [Internet]. Brasília 2012 nov-dez [citado em 14 out. 2015]; 65(6): 950-4. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267025361010>.
  30. Popim RC, Dell'Acqua MCQ, Antonio TA, Braz ACG. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em Geriatria segundo grau de dependência. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2010 Jan/Mar [citado em 14 out. 2015]; 9(1):21-27. Disponível em:<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10525/5732>.
  31. Meleis AI. Theoretical nursing: Development & progress. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
  32. McEwen M. Desenvolvimento da Teoria: Estruturação dos Relacionamentos Conceituais na Enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª ed. Artmed; 2009. p. 97-118.
  33. Wills EM. Grandes Teorias da Enfermagem Baseadas nas Necessidades Humanas. In: McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª Ed. Artmed; 2009. p. 156-81.
  34. International Council of Nurses - ICN. Notas de enfermagem: um guia para

- cuidadores na atualidade. Tradução Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
35. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2013 jan/mar; 17(1): 192-99.
  36. Leopardi MT. Teorias e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
  37. Florêncio M. Wanda Aguiar Horta: Teoria das necessidades humanas básicas. 2009. Disponível em: < <http://enfermagem-sae.blogspot.com/2009/03/wanda-de-aguiarhorta-teoriahttp://enfermagem-sae.blogspot.com/2009/03/wanda-de-aguiar-hortateoriadas.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.
  38. Marques DKA, Moreira GAC, Nóbrega MML. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2008 [citado em 14 out. 2015]; 2(4). Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/336/pdf\\_411](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/336/pdf_411).
  39. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
  40. Almeida MA, Lucena AF. 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; 2011. p. 23-40.
  41. Potter PA, Perry AG, Stocker PA. Fundamentos de enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
  42. Tannure MC. Construção e validação da aplicabilidade de um Software com o Processo de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. [Tese - Doutorado] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade do Estado de Minas gerais; 2012.
  43. Benedet AS, Bub MBC. Manual de Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
  44. Garcia TR, Cubas MR. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
  45. Malucelli A, Otemaler KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* (Online) [Internet]. 2010 Aug [citado em 09 nov. 2015] ; 63(4): 629-36. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400020&lng=en).

46. Alfaro-Lefevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. Philadelphia: Lippincott; 2014. 3 p.
47. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. 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 [Internet]. [citado em 2015 Out 14]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&ionID=34>.
48. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2015.
49. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
50. Bruylants M, Paans W, Hediger H, Müller-Staub M. Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. *Int J Nurs Knowl*. 2013; 24(3):163-70. PubMed; PMID 23859641.
51. Tastan S, Linch GCF, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing: terminologies: A systematic review. *Intern J Nurs Stud*. 2014; 51(8):1160-70. PubMed; PMID 24412062.
52. Herdman TH. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications, 2015 – 2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
53. Sousa RM, Santana RF, Santo FHE, Almeida JG, Alves LAF. Diagnósticos de Enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as Síndromes Geriátricas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2010 dez. [citado em 10 nov. 2015]; 14 (4):732-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400012&lng=en).
54. Alfaro-Lefevre F. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
55. Santos F, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Patient classification system: a proposal to complement the instrument by Fugulin et al. *Rev. latinoam. enferm*. [Internet]. 2007 Oct [cited 2015 Nov 10]; 15(5):980-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a14.pdf>.
56. Laus AM, Anselmi ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. *Rev. latinoam. enferm*. [Internet]. 2004 Aug [cited 2015 Nov 10]; 12(4):643-49. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692004000400010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400010&lng=en).

57. Perroca MG. Instrument for patient classification: users' opinions and analysis of healthcare indicators. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Nov 12]; 42(4):656-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342008000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400007&lng=en).
58. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Feb [cited 2015 Nov 12]; 19(1):58-66. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692011000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000100009&lng=en).
59. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
60. Lamarca FRRS. Convivendo com a insuficiência cardíaca: uma análise de conhecimento como fator relevante para a qualidade de vida. [Dissertação] Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado de Rio de Janeiro; 2015.
61. Sitta EI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres SHCS. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Nov 12]; 12(6):1059-66. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151618462010000600018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462010000600018&lng=en).
62. HMSI - Hospital Municipal Santa Isabel. Centro de Estudos. João pessoa; 2015.
63. CONEP - Comissão de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.
64. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.* 2010; 6(1):40-53.
65. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
66. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 2015 jan./jun [citado em 12 nov. 2015]; 14(1): 115-31. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313>.
67. Macinko J, Camargos V, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 12]; 27(Suppl3):s336-s344. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011001500003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001500003&lng=en).

68. Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Oct [citado em 13 nov. 2015]; 18(10):3061-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013001000031&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001000031&lng=en).
69. Alves LAF, Santana RF, Schulz RS. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2014 mai/jun [citado em 13 nov. 2015]; 22(3):371-5. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13727/10499>.
70. Esmayel EMM, Eldarawy MM, Hassan MMM, Hassanin HM, Ashour WMR, Mahmoud W. Nutritional and Functional Assessment of Hospitalized Elderly: Impact of Sociodemographic Variables. *J Aging Res.* 2013 :1-7. PubMed; PMID 3810317.
71. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Brasília; 2011 [citado em 27 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.
72. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: revisão 2004. Metodologia e resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. Metodologia. Estimativas das populações municipais metodologia [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [cited 2015 Oct 27]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>.
73. Lopes MCBT, Lage JSS, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2015 June [cited 2015 Oct 29]; 13(2):209-214. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167945082015000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000200007&lng=en).
74. Rubio ME, Wanderley KS, Ventura MM. A viuvez: A representação da morte na visão masculina e feminina. *Rev. Kairós* [Internet]. 2011 [citado em 29 out. 2015]; 14(1):137-47. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6932/5024>.
75. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do registro civil 2013. Brasília; 2013.
76. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 July [cited 2015 Oct 02]; 30(7):1438-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000701438&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000701438&lng=en).

77. Gutierrez BAO, Silva HS, Shimizu HE. Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Nov 04]; 27(5):427-433. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002014000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002014000500007&lng=en).
78. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 mar [citado em 29 out. 2015]; 30(3): 599-610. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000300599&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000300599&script=sci_arttext).
79. Araújo ARC, Paula EP, Cestari VRF, Barbosa IV, Carvalho ZMF. Nursing care dependency scale for patients affected by cerebrovascular accident. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Jul/sep [cited 2015 Oct 28]; 20(3): 577-584. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/41037/26265>.
80. Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann AL. Prevalence of frailty syndrome in old people in a hospital institution. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Oct 28]; 21(4):891-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692013000400891&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000400891&lng=en).
81. Both TL, Kujawa DR, Wobeto MI, Savaris V. Consideração sobre o idoso aposentado: uma intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental como instrumento de preparação à aposentadoria. *RBCEH* [Internet]. 2012 [citado em 29 out. 2015]; 9 Suppl 1:90-101. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/2793/pdf>.
82. Andrade CC, Meira EC, Souza AS, Sena ELS, Anjos KF, Santos VC. Perceptions of Health Professionals about the Elderly Care Hospitalized and Public Policies of Attention. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2015; 9(5):7766-72.
83. Santos VCF dos, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. A profile of admittances to hospital due to non-contagious chronic diseases sensitive to primary health care among chronologically advantaged patients in the southern half of Rio Grande do Sul. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Oct. 15]; 34(3):124-31. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472013000300016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000300016&lng=en).
84. WHO - World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010.
85. Amado GE, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac. sanit.* [Internet]. 2011 Fev [cited 2015 Nov. 10]; 25(1):62-7. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-)

91112011000100010&lng=pt.

86. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Sep [citado em 10 Nov. 2015]; 16(9):3689-96. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123201100100000&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201100100000&lng=en).
87. Pinho NA, Silva GV, Pierin AMG. prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. *J. Bras. Nefrol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 Nov. 10]; 37(1):91-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010128002015000100091&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000100091&lng=en).
88. Guedes MB, Rodrigues TS, Ribeiro JM. Correlação entre Hipertensão arterial e capacidade funcional de Idosos: uma revisão da literatura. *Rev. APS* [Internet]. 2013 out/dez [citado 02 jan. 2016]; 16(4): 455-9. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1865>.
89. OMS - Organização Mundial da Saúde. Programa de Diabetes da OMS; 2011 [citado em 15 out. 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/en/>.
90. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2013. *Diabetes Care*. 2013 Jan; 36 Suppl 1:S11-66. PubMed; PMID 3537269.
91. Santos FAL, Lima WP, Santos AL, Teston EF, Marcon SS. Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Nov. 10]; 23(4):655-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222014000400655&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222014000400655&lng=en).
92. Majumdar SR, Hemmelgarn BR, Lin M, McBrien K, Manns BJ, Tonelli M. Hypoglycemia associated with hospitalization and adverse events in older people: population-based cohort study. *Diabetes Care*. 2013; 36:3585–90. PubMed; PMID 3816904.
93. Martinez BP, Batista AKMS, Gomes IB, Olivieri FM, Camelier FWR, Camelier AA. Frequency of sarcopenia and associated factors among hospitalized elderly patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015;16:108. PubMed; PMID 4425884.
94. Bueno CS, Oliveira KR, Berlezi EM, Eickhoff HM, Dallepiane LB, Girardon-Perlini NMO, et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* [Internet]. 2010 [citado em 28 out. 2015]; 30(3):331-8. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339893590885.pdf>.
95. Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. *Rev Min Enferm*

- [Internet]. 2014 out/dez [citado em 05 nov. 2015]; 18(4): 855-60. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/968>.
96. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2015 Nov. 10]; 31(5):1049-60. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lng=en).
  97. Bagatini F, Blatt CR, Maliska G, Trespash GV, Pereira IA, Zimmermann AF, et al. Potential drug interactions in patients with rheumatoid arthritis. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2015 Nov. 14]; 51(1):29-39. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S04825004201100010003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S04825004201100010003&lng=en).
  98. Dal PTS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Nov. 10]; 28(1):104-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000100011&lng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000100011&lng=e).
  99. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2015 Nov. 10]; 47(2):341-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342013000200010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000200010&lng=en).
  100. Oliveira RP, Laus AM. Characterization of patients in psychiatric hospitalization units according to the degree of dependence on nursing care. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Oct [cited 2015 Nov. 10]; 45(5):1164-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342011000500019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500019&lng=en).
  101. Cucolo DF, Perroca MG. Monitoring performance indicators regarding the length of care by the nursing team. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2010 June [cited 2015 Nov. 11]; 44(2):497-503. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000200036&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000200036&lng=en).
  102. Giglio MM, Martins AP, Dyniewicz AM. Análise do Grau de Dependência e Predisposição à Úlcera de Pressão em Pacientes de Hospital Universitário. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2007 jan/mar [citado 20 out 2015]; 12(1):62-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/8265/5780>.
  103. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs*. 2013;69(8):1862-8.
  104. Perroca MG, Jericó MC, Paschoal JVL. Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet].

- 2014 Aug [cited 2015 Nov. 15]; 48(4):625-31. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342014000400625&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000400625&lng=en).
105. Mattos IE, do Carmo CN, Santiago LM, Mattos LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a crosssectional study. *BMC Geriatric*. 2014;14:47.
  106. Keeler E, Guralnik JM, Tian H, Wallace RB, Reuben DB. The impact of functional status on life expectancy in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010; 65(7):727-33. PubMed; PMID 2884085.
  107. Foroni PM, Santos PL. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento: revisão sistemática de literatura. *Rev Bras promoç Saúde*. 2012; 25(3):364-73.
  108. Sudré MRS, Reiners AAO, Nakagawa JTT, Azevedo RCS, Floriano LA, Morita LHM. Prevalence of dependency and associated risk factors in the elderly. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov. 15]; 25(6):947-53. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600019&lng=en).
  109. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's disease. *Acta paul. enferm.* 2009; 22(5):652-7.
  110. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents - from hospital to the home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 Nov. 16]; 21(spe):216-24. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692013000700027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000700027&lng=en).
  111. Andrada MMC de, França M, Alvarez ÂM, Hammerschmidt KSA. Diagnósticos de enfermagem para idosos internados, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. *Rev. Rene*. 2015 jan-fev; 16(1):97-105.
  112. Sales FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação das necessidades. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2015 Nov. 16]; 16(3):495-502. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072007000300016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300016&lng=en).
  113. Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N, Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int. J Geriatr Psychiatry*. 2009; 24(9):1026-33.
  114. Villarejo AL, Pancorbo-Hidalgo PL. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Nov. 16]; 22(4):152-61. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134928X2011000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2011000400002&lng=es).

- 115.Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa KNFM. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso hospitalizado. In: Gonçalves LHT, Tourinho FSV. (Org.). Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. São Paul: Manole; 2012. Cap.3.
- 116.Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Aug [cited 2015 Nov. 16]; 16(4):707-11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400009&lng=en).
- 117.Campos DM, Tosin MHS, Blanco L, Santana RF, Oliveira BGRB. Nursing diagnoses for urinary disorders in patients with Parkinson's disease. Acta paul. enferm. [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 Nov. 17]; 28(2):190-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002015000200190&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002015000200190&lng=en).
- 118.Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swit SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int. braz j urol. [Internet]. 2010 Feb [cited 2015 Nov. 18]; 36(1):116-116. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-55382010000100032&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382010000100032&lng=en).
- 119.Tanaka Y, Nagata K, Tanaka T, Kuwano K, Endo H, Otani T, et al. Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence among nursing home residents? Arch Gerontol Geriatr. 2008 Dec; 10(16):1-6.
- 120.Najas M, Maeda AP, Nebuloni CC. Nutrição em Gerontologia. In Freitas EV, et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.1382-90.
- 121.Gonçalves LHT, Tourinho FSV. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. São Paulo: Manole; 2012.
- 122.Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JÁ, Galvão MTG, Damasceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Aug [cited 2015 Nov. 18]; 64(4):671-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000400007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000400007&lng=en).
- 123.Araújo DD, Carvalho RLR, Chianca TCM. Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly. Invest Educ Enferm. 2014;32(2):225-35.
- 124.Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em Idosos hospitalizados. Cogitare enferm. 2008 Jul/Set; 13(3):428-36.

- 125.Lima WG, Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV, Bezerra MLR. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. Rev Rene [Internet]. 2015 jan-fev [citado em 18 nov. 2015]; 16(1):71-80. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1847/pdf>.
- 126.Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [citado em 19 nov. 2015]; 11(2):249-56. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.
- 127.Guedes HM, Nunes DP, Nakatani AYK, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):513-8.
- 128.Fernandes MGM, Pereira MA, Bastos RAA, Santos KFO. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. Rev Rene. 2012; 13(4):929-37.
- 129.Luna AA, Valadares GV. The applicability of nursing diagnosis in the field of clinical medicine: the experience at the university Hospital. J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):1-9.



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DEMANDA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM IDOSO HOSPITALIZADO**

**1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO**

**CARACTERIZAÇÃO**

**SOCIODEMOGRÁFICA/ECONÔMICA**

**2. IDADE**

**3. SEXO:** (1) FEM. (2) MASC.

**4. ESTADO CIVIL**

( 1 ) CASADA(O) / UNIÃO ESTÁVEL ( 2 )  
VIÚVA(O) ( 3 ) SOLTEIRA(O) ( 4 )  
SEPARADA(O) ( 5 ) NS ( 6 ) NR

**5. ESCOLARIDADE**

( 1 ) 1 A 3 ANOS ( 2 ) 4 A 8 ANOS ( 3 ) 9 OU  
MAIS ANOS ( 4 ) ANALFABETO

**6. OCUPAÇÃO / PROFISSÃO**

---

**7. COR DA PELE**

( 1 ) BRANCA ( 2 ) PRETA ( 3 ) AMARELA  
( 4 ) PARDA ( 5 ) NS ( 6 ) NR

**8. RENDA FAMILIAR**

( 1 ) ATÉ 2 SALÁRIOS MÍNIMOS

( 2 ) ENTRE 3 À 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

( 3 ) ENTRE 6 À 9 SALÁRIOS MÍNIMOS

( 4 ) MAIS QUE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

**DADOS CLÍNICOS**

**1. MOTIVO DA INTERNAÇÃO**

---



---

**2. PERÍODO DE INTERNAÇÃO**

( 1 ) < 1 SEMANA ( 2 ) 1-2 SEMANAS

( 3 ) 3-4 SEMANAS ( 4 ) MAIS QUE 1 MÊS

**3. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE**

---



---

**4. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO  
ANTES DA HOSPITALIZAÇÃO**

( 1 ) SIM. ESPECIFICAR:

( 2 ) NÃO

## INTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

### ÁREAS/CLASSES DE CUIDADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <p>( 1 ) MANUTENÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE);</p> <p>( 2 ) REVISÃO, EM PARTE, DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE);</p> <p>( 3 ) ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) ENVOLVE PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU REQUER ALOCAÇÃO DE RECURSOS INTRA-INSTITUCIONAIS;</p> <p>( 4 ) ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) ENVOLVE PARTICIPAÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL OU REQUER ALOCAÇÃO DE RECURSOS EXTRAINSTITUCIONAIS OU JUNTO À COMUNIDADE.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <p>( 1 ) SINAIS VITAIS (3 VEZES AO DIA); EXAMES DIAGNÓSTICOS SIMPLES (ATÉ 15 MINUTOS); AVALIAÇÃO CLÍNICA; PESAGEM E VERIFICAÇÃO DE OUTRAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS; ESCALAS DE MENSURAÇÃO (1VEZ AO DIA);</p> <p>( 2 ) SINAIS VITAIS E SATURAÇÃO DE O2 (3 VEZES AO DIA); DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS (ATÉ 3 VEZES AO DIA); AUXÍLIO EM EXAMES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (15-30 MINUTOS); ESCALAS DE MENSURAÇÃO (2-3 VEZES AO DIA);</p> <p>( 3 ) SINAIS VITAIS, SATURAÇÃO DE O2, PAM (4-6 VEZES AO DIA); DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS (4-6 VEZES AO DIA); AUXÍLIO EM EXAMES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE (30-50 MINUTOS); ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS; ESCALAS DE MENSURAÇÃO (4-6 VEZES AO DIA);</p> <p>( 4 ) SINAIS VITAIS, SATURAÇÃO DE O2, PIC E OUTROS (MAIOR 6 VEZES AO DIA); CUIDADOS COM TUBO ENDOTRAQUEAL E EQUIPAMENTOS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA; AUXÍLIO EM EXAMES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS TAIS COMO HEMODIÁLISE, SWAN-GANZ, ETC. (MAIOR QUE 50 MINUTOS); ATENDIMENTO DE PCR; ESCALAS DE MENSURAÇÃO (MAIS QUE 6 VEZES AO DIA).</p> |  |
| <b>CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>( 1 ) AUTO-SUFICIENTE;</p> <p>( 2 ) REQUER ORIENTAÇÃO E/OU SUPERVISÃO E/OU <b>AUXÍLIO</b> DE ENFERMAGEM PARA VESTIR-SE OU DESLOCAR-SE PARA O TOILETE, BANHO DE CHUVEIRO, HIGIENE ORAL, CONTROLE DAS ELIMINAÇÕES; TRICOTOMIA E HIGIENE PRÉ-OPERATÓRIA;</p> <p>( 3 ) REQUER <b>ATUAÇÃO</b> DE ENFERMAGEM (<b>FAZER</b>) PARA AS ATIVIDADES DE HIGIENE PESSOAL E MEDIDAS DE CONFORTO (<b>ATÉ 6 VEZES AO DIA</b>); COLOCAÇÃO DE COMADRE E PAPAGAIO, TROCA DE FRALDAS, ABSORVENTES; ESVAZIAMENTO E/OU TROCA DE BOLSA COLETORA, CONTROLE DE CATETERES, DRENOS, DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ESTOMAS;</p> <p>( 4 ) REQUER <b>ATUAÇÃO</b> DE ENFERMAGEM (<b>FAZER</b>) PARA AS ATIVIDADES DE HIGIENE PESSOAL E MEDIDAS DE CONFORTO (<b>MAIS DE 6 VEZES AO DIA</b>); COLOCAÇÃO DE COMADRE E PAPAGAIO, TROCA DE FRALDAS, ABSORVENTES; ESVAZIAMENTO E/OU TROCA DE BOLSA COLETORA, CONTROLE DE CATETERES, DRENOS, DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ESTOMAS.</p>                                                                                                        |  |
| <b>CUIDADOS COM PELE E MUCOSAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ( 1 ) ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE <b>LESÕES DE PELE</b> ;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

( 2 ) MEDIDAS PREVENTIVAS DE **LESÕES DE PELE (MASSAGENS, APLICAÇÃO DE LOÇÕES E OUTRAS)** ATÉ 3 VEZES AO DIA; TROCA DE CURATIVO DE **PEQUENA COMPLEXIDADE TÉCNICA** EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (1VEZ AO DIA);

( 3 ) MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (4-6 VEZES AO DIA); TROCA DE CURATIVO DE **PEQUENA OU MÉDIA COMPLEXIDADE TÉCNICA** EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (2-3 VEZES AO DIA); **MUDANÇA DE DECÚBITO (ATÉ 6 VEZES AO DIA)**;

( 4 ) MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (MAIOR 6 VEZES AO DIA); TROCA DE CURATIVO DE **MÉDIA COMPLEXIDADE TÉCNICA** EM UMA OU MAIS ÁREAS DO CORPO (MAIS DE 3 VEZES AO DIA) OU DE **ALTA COMPLEXIDADE TÉCNICA (1VEZ AO DIA)**; **MUDANÇA DE DECÚBITO (MAIS DE 6 VEZES AO DIA)**.

#### NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

( 1 ) AUTO-SUFICIENTE;

( 2 ) REQUER ORIENTAÇÃO E/OU SUPERVISÃO E/OU **AUXÍLIO** DE ENFERMAGEM PARA ALIMENTAR-SE E/OU INGERIR LÍQUIDOS; CONTROLE HÍDRICO;

( 3 ) REQUER **ATUAÇÃO** DE ENFERMAGEM (**FAZER**) PARA ALIMENTAR-SE E INGERIR LÍQUIDOS E/OU ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA OU NASOENTERAL OU ESTOMA (**ATÉ 6 VEZES AO DIA**);

( 4 ) REQUER **ATUAÇÃO** DE ENFERMAGEM (**FAZER**) PARA ALIMENTAR-SE E INGERIR LÍQUIDOS E/OU ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA OU NASOENTERAL OU ESTOMA (**MAIS DE 6 VEZES AO DIA**); ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA MANIPULAÇÃO DE CATETERES PERIFÉRICOS OU CENTRAIS PARA NUTRIÇÃO E/OU HIDRATAÇÃO.

#### LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE

( 1 ) AUTO-SUFICIENTE;

( 2 ) REQUER **AUXÍLIO** PARA DEAMBULAÇÃO (APOIO) E/OU ENCORAJAMENTO, ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO PARA MOVIMENTAÇÃO DE SEGMENTOS CORPORAIS, DEAMBULAÇÃO OU USO DE ARTEFATOS (ÓRTESES, PRÓTESES, MULETAS, BENGALAS, CADEIRAS DE RODAS, ANDADORES);

( 3 ) REQUER **ATUAÇÃO** DE ENFERMAGEM (**FAZER**) PARA DEAMBULAÇÃO ATÉ 2 VEZES AO DIA: PASSAGEM DA CAMA PARA CADEIRA E VICE VERSA COM **AUXÍLIO** DE DOIS COLABORADORES, TREINO PARA DEAMBULAÇÃO E PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD); TRANSPORTE DENTRO DA UNIDADE COM ACOMPANHAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM;

( 4 ) REQUER **ATUAÇÃO** DE ENFERMAGEM (**FAZER**) PARA DEAMBULAÇÃO MAIS DE 2 VEZES AO DIA: PASSAGEM DA CAMA PARA CADEIRA E VICE VERSA COM **AUXÍLIO** DE MAIS DE DOIS COLABORADORES; TRANSPORTE FORA DA UNIDADE COM ACOMPANHAMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.

#### TERAPÊUTICA

( 1 ) REQUER MEDICAÇÃO (**1- 3 VEZES AO DIA**); COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (**1-2 VEZES AO DIA**);

( 2 ) REQUER MEDICAÇÃO (**4 VEZES AO DIA**) COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (**3-4 VEZES AO DIA**); CUIDADOS COM SONDA NASOGÁSTRICA, NASOENTERAL OU ESTOMA; **OXIGENOTERAPIA**;

( 3 ) REQUER MEDICAÇÃO (**6 VEZES AO DIA**); COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (**5-6 VEZES AO DIA**); **MEDICAÇÕES ESPECÍFICAS PARA EXAMES DE DIAGNÓSTICO E/OU CIRURGIA (LAXANTES, ENEMAS)**; CUIDADOS COM CATETER PERIFÉRICO; USO DE SANGUE E DERIVADOS, EXPANSORES PLASMÁTICOS OU AGENTES CITOSTÁTICOS; DIÁLISE PERITONIAL;

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ( 4 ) REQUER MEDICAÇÃO A CADA 2 HORAS OU HORÁRIA; COLOCAÇÃO E TROCA DE INFUSÕES (MAIS DE 6 VEZES AO DIA); USO DE DROGAS VASOATIVAS OU OUTRAS QUE EXIGEM MAIORES CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO; CUIDADOS COM CATETER EPIDURAL E CENTRAL; HEMODIÁLISE.                                                                                            |                                               |
| <b>SUPORTE EMOCIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                          |
| ( 1 ) PACIENTE/FAMÍLIA REQUER SUPORTE ATRAVÉS DE CONVERSAÇÃO DEVIDO A PREOCUPAÇÕES COTIDIANAS OU COM RELAÇÃO À DOENÇA, TRATAMENTO E PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO;                                                                                                                                                                             |                                               |
| ( 2 ) PACIENTE/FAMÍLIA REQUER SUPORTE ATRAVÉS DE CONVERSAÇÃO DEVIDO À PRESENÇA DE ANSIEDADE, ANGÚSTIA OU POR QUEIXAS E SOLICITAÇÕES CONTÍNUAS;                                                                                                                                                                                              |                                               |
| ( 3 ) PACIENTE/FAMÍLIA REQUER CONVERSAÇÃO E SUPORTE PSICOLÓGICO DEVIDO À PRESENÇA DE APATIA, DESESPERANÇA, DIMINUIÇÃO DO INTERESSE POR ATIVIDADES OU AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE;                                                                                                                                        |                                               |
| ( 4 ) PACIENTE/ FAMÍLIA REQUER REINTERADAS CONVERSAÇÃO E APOIO PSICOLÓGICO; RECUSA DE CUIDADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS.                                                                                                                                                                                                 |                                               |
| <b>EDUCAÇÃO À SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                          |
| ( 1 ) ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA NA ADMISSÃO;                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |
| ( 2 ) ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA: PRÉ E PÓS-OPERATÓRIAS, PROCEDIMENTOS, RESULTADO DE TESTES, DE ALTA;                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| ( 3 ) ORIENTAÇÕES AO PACIENTE/FAMÍLIA COM PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO (CEGO, SURDO, PROBLEMAS MENTAIS, DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM), SÓCIO-CULTURAIS, OU PROVENIENTE DE OUTRAS CULTURAS; COM DIFICULDADE DE COMPREENSÃO E/OU RESISTÊNCIA ÀS INFORMAÇÕES RECEBIDAS; ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO DE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS ESPECIAIS NO DOMICÍLIO; |                                               |
| ( 4 ) ORIENTAÇÕES REITERADAS AO PACIENTE/FAMÍLIA SOBRE AUTOCUIDADO, ORIENTAÇÃO E TREINO PARA MANEJO DE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS ESPECIAIS EM CASA E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS (DIÁLISE PERITONIAL, ETC.).                                                                                                                  |                                               |
| <b>ESCORE TOTAL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> <b>NÍVEL DE CUIDADO:</b> |

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REPRESENTATIVOS DO INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES**

| <b>ÁREA DE CUIDADO: CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                            | <b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA BANHO<br>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="text"/> | ( 1 ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO<br>( 2 ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO<br>( 3 ) INCAPACIDADE DE SECAR O CORPO<br>( 4 ) INCAPACIDADE DE OBTER FONTE DE ÁGUA<br>( 5 ) INCAPACIDADE DE PEGAR OS ARTIGOS PARA O BANHO<br>( 6 ) INCAPACIDADE DE REGULAR A ÁGUA DO BANHO<br>( 7 ) INCAPACIDADE DE SECAR O CORPO |
| ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA<br>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="text"/>   | ( 1 ) DISÚRIA ( 2 ) FREQUÊNCIA<br>( 3 ) HESITAÇÃO URINÁRIA<br>( 4 ) INCONTINÊNCIA<br>( 5 ) RETENÇÃO URINÁRIA<br>( 6 ) NOCTÚRIA<br>( 7 ) URGÊNCIA URINÁRIA                                                                                                                                                          |

| ÁREA DE CUIDADO: CUIDADOS COM PELE E MUCOSA                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO                                                                                         | CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS/FATORES DE RISCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="checkbox"/></p> | <p>( 1 ) EXCREÇÕES ( 2 ) EXTREMO DE IDADE ( 3 ) FATORES MECÂNICOS ( 4 ) HIPERTERMIA ( 5 ) HIPOTERMIA ( 6 ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( 7 ) PELE ÚMIDA ( 8 ) RADIAÇÃO ( 9 ) SECREÇÕES ( 10 ) SUBSTÂNCIA QUÍMICA ( 11 ) UMIDADE ( 12 ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( 13 ) ESTADO METABÓLICO PREJUDICADO ( 14 ) ESTADO NUTRICIONAL DESEQUILIBRADO ( 15 ) FATORES DE DESENVOLVIMENTO ( 16 ) FATORES IMUNOLÓGICOS ( 17 ) FATORES PSICOGÊNICOS ( 18 ) MEDICAMENTOS ( 19 ) MUDANÇAS NA PIGMENTAÇÃO ( 20 ) MUDANÇAS NO UTRGOR DA PELE ( 21 ) PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS ( 22 ) SENSações PREJUDICADAS</p>                                                                                                                                                                             |
| <p>INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</p> <p>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="checkbox"/></p>          | <p>( 1 ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( 2 ) INVASÃO DE ESTRUTURAS DO CORPO ( 3 ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ÁREA DE CUIDADO: NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| DIAGNÓSTICO                                                                                         | CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO.</p> <p>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="checkbox"/></p> | <p>( 1 ) INCAPACIDADE DE ABRIR RECIPIENTES ( 2 ) INCAPACIDADE DE COMPLETAR UMA REFEIÇÃO ( 3 ) INCAPACIDADE DE ENGOLIR ALIMENTOS ( 4 ) INCAPACIDADE DE INGERIR ALIMENTOS DE MANEIRA SOCIALMENTE ACEITÁVEL ( 5 ) INCAPACIDADE DE INGERIR ALIMENTOS EM QUANTIDADE SUFICIENTE ( 6 ) INCAPACIDADE DE INGERIR ALIMENTOS DE FORMA SEGURA ( 7 ) INCAPACIDADE DE LEVAR OS ALIMENTOS DE UM RECIPIENTE À BOCA ( 8 ) INCAPACIDADE DE MANUSEAR UTENSÍLIOS ( 9 ) INCAPACIDADE DE MASTIGAR ALIMENTOS ( 10 ) INCAPACIDADE DE MOVIMENTAR ALIMENTOS NA BOCA ( 11 ) INCAPACIDADE DE PEGAR ALIMENTOS COM UTENSÍLIOS ( 12 ) INCAPACIDADE DE PEGAR XÍCARA OU COPO ( 13 ) INCAPACIDADE DE PREPARAR ALIMENTOS PARA INGESTÃO ( 14 ) INCAPACIDADE DE UTILIZAR ARTEFATOS AUXILIARES</p> |
| ÁREA DE CUIDADO: LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| DIAGNÓSTICO                                                                                         | CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</p> <p>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="checkbox"/></p>            | <p>( 1 ) AMPLITUDE LIMITADA DE MOVIMENTO ( 2 ) CAPACIDADE LIMITADA PARA DESEMPENHAR AS HABILIDADES MOTORAS FINAS ( 3 ) CAPACIDADE LIMITADA PARA DESEMPENHAR AS HABILIDADES MOTORAS GROSSAS ( 4 ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( 5 ) DISPNEIA AO ESFORÇO ( 6 ) ENGAJAR-SE EM SUBSTITUIÇÕES DE MOVIMENTO ( 7 ) INSTABILIDADE POSTURAL ( 8 ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS ( 9 ) MOVIMENTOS LENTOS ( 10 ) MOVIMENTOS NÃO COORDENADOS ( 11 ) MUDANÇAS NA MARCHA ( 12 ) TEMPO DE RESPOSTA DIMINUIDO ( 13 ) TEMOR INDUZIDO PELO MOVIMENTO</p>                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA</p> <p>( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO <input type="checkbox"/></p>          | <p>( 1 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE REPOSICIONAR-SE NA CAMA ( 2 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO PRONA PARA A POSIÇÃO SUPINA ( 3 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO SENTADA COM AS PERNAS ALCANÇADAS PARA A POSIÇÃO SUPINA ( 4 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO SENTADA PARA A POSIÇÃO SUPINA ( 5 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A POSIÇÃO PRONA ( 6 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A POSIÇÃO SENTADA COM AS PERNAS ALCANÇADAS ( 7 ) CAPACIDADE PREJUDICADA DE MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A POSIÇÃO SENTADA ( 8 ) CAPACIDADE PREJUDICADA PARA VIRAR-SE DE UM LADO PARA O OUTRO</p>                                                                  |

| ÁREA DE CUIDADO: SUPORTE EMOCIONAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO                        | CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ANSIEDADE                          | <p><b>AFETIVAS:</b> ( 1 ) AFOBADO ( 2 ) APREENSIVO ( 3 ) ANGUSTIADO ( 4 ) DESAMPARO DOLOROSO E AUMENTADO ( 5 ) DESAMPARP PERSISTENTE AUMENTADO ( 6 ) DESPERADO ( 7 ) EXCESSIVAMENTE EXCITADO ( 8 ) FOCO EM SI MESMO ( 9 ) INCEERTEZA ( 10 ) IRRITABILIDADE ( 11 ) MEDO ( 12 ) NERVOSO ( 13 ) PESAROSO ( 14 ) PREOCUPADO ( 15 ) SENTIMENTO DE INADEQUAÇÃO. <b>COGNITIVAS:</b> ( 16 ) ATENÇÃO PREJUDICADA ( 17 ) BLOQUEIO DE PENSAMENTO ( 18 ) CAMPO DE PERCEPÇÃO DIMINUIDO ( 19 ) CAPACIDADE DIMINUIDA DE SOLUCIONAR PROBLEMAS ( 20 ) CAPACIDADE DIMINUIDA PARA APRENDER ( 21 ) CONFUSÃO ( 22 ) CONSCIÊNCIA DOS SINTOMAS FISIOLÓGICOS ( 23 ) DIFICULDADE PARA CONCENTRAR-SE ( 24 ) ESQUECIMENTO ( 25 ) MEDO DE CONSEQUÊNCIAS INESPECÍFICAS ( 26 ) PREOCUPAÇÃO ( 27 ) RUMINAÇÃO ( 28 ) TENDÊNCIA A CULPAR OUTROS ( 29 ) . <b>COMPORTAMENTAIS:</b> ( 30 ) INQUIATAÇÃO ( 31 ) INSÔNIA ( 32 ) MOVIMENTOS POUCO COMUNS ( 33 ) NERVOSISMO ( 34 ) OBSERVAÇÃO ATENTA ( 35 ) OLHAR ESTORNO ( 36 ) POUCO CONTATO VISUAL ( 37 ) RELATO DE PREOCUPAÇÕES DEVIDO A MUDANÇAS EM EVENTOS DE VIDA ( 38 ) PRODUTIVIDADE DIMINUÍDA ( 39 ) VIGILÂNCIA. <b>FISIOLÓGICAS:</b> ( 40 ) AUMENTO DA TENSÃO ( 41 ) TENSÃO FACIAL ( 42 ) TRANSPIRAÇÃO AUMENTADA ( 43 ) TREMORES ( 44 ) TRÊMULO ( 45 ) TREMORES NAS MÃOS. <b>PARASSIMPÁTICAS:</b> ( 46 ) DESMAIO (DIARRÉIA ( 47 ) DISTÚRBIO DE SONO ( 48 ) DOR ABDOMINAL ( 49 ) FADIGA ( 50 ) FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES ( 51 ) FREQUÊNCIA URINÁRIA ( 52 ) HESITAÇÃO URINÁRIA ( 53 ) NÁUSEA ( 54 ) PRESSÃO SANGUÍNEA DIMINUÍDA ( 55 ) PULDO DOMINUÍDO ( 56 ) URGÊNCIA URINÁRIA ( 57 ) . <b>SIMPÁTICAS:</b> ( 58 ) ANOREXIA ( 59 ) AUMENTO DA PRESSÃO SANGUÍNEA ( 60 ) BOCA SECA ( 61 ) CONTRAÇÃO MUSCULAR ( 62 ) DIARRÉIA ( 63 ) DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS ( 64 ) DILATAÇÃO PUPILAR ( 65 ) EXCITAÇÃO CARDIOVASCULAR ( 66 ) FRAQUEZA ( 67 ) PALPITAÇÃO ( 68 ) PULSO AUMENTADO ( 69 ) REFLEXOS AUMENTADOS ( 70 ) RESPIRAÇÃO AUMENTADA ( 71 ) RUBOR FACIAL ( 72 ) VASOCONSTRICÇÃO SUPERFICIAL</p> |

( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO

☐

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL**  
**MESTRADO**

**APÊNDICE B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: Classificação de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidado de enfermagem

Pesquisadora responsável: Fabiana Medeiros de Brito

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria das Graças Melo Fernandes

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre grau de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidado de enfermagem e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Fabiana Medeiros de Brito, do Curso de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria das Graças Melo Fernandes.

Os objetivos do estudo são: analisar a classificação de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidados de enfermagem; aplicar um instrumento de classificação de pacientes quanto à dependência dos cuidados de enfermagem; identificar fatores relacionados à dependência de pacientes dos cuidados de enfermagem.

A finalidade deste trabalho é contribuir para uma assistência holística de enfermagem, no âmbito hospitalar, atentando para as necessidades específicas do paciente idoso, de acordo com a classificação de cuidados, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo, e ainda, suscitando uma assistência mais efetiva de enfermagem.

Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, para o preenchimento de um instrumento de caracterização e de classificação. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu atendimento nesta instituição. Vale ressaltar que sua participação nesta pesquisa consistirá em responder os questionamentos feitos pela pesquisadora, e permitir a sua avaliação pela mesma com toda a técnica, segurança e confidencialidade. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado a um possível desconforto psicológico no que tange a aplicação dos instrumentos de coleta, devido às perguntas e à avaliação, relacionadas a fatores que por vezes causam constrangimento, inquietação e por se tratar de uma temática que envolve o atendimento das necessidades individuais dos idosos hospitalizados, assim como do grau de dependência destes acerca dos cuidados de enfermagem.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal



\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

Espaço para impressão  
dactiloscópica

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Fabiana Medeiros de Brito.

Telefones para contato da pesquisadora: (83) 8824-0023/ (83) 9608-2544

E-mail: fabianabrito\_@hotmail.com

Endereço residencial: Rua. João Pires de Figueiredo, nº31 / Centro. CEP:58100-575. Cabedelo – PB.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL**  
**MESTRADO**

**APÊNDICE C**

**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Título do Projeto: Classificação de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidado de enfermagem

Pesquisadora responsável: Fabiana Medeiros de Brito

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre classificação de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidado de enfermagem e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Fabiana Medeiros de Brito, do Curso de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes.

Os objetivos do estudo são: analisar a classificação de idosos hospitalizados em uma unidade clínica conforme demanda de cuidados de enfermagem; aplicar um instrumento de classificação de pacientes quanto à dependência dos cuidados de enfermagem; identificar fatores relacionados à dependência de pacientes dos cuidados de enfermagem.

A finalidade deste trabalho é contribuir para uma assistência holística de enfermagem, no âmbito hospitalar, atentando para as necessidades específicas do paciente idoso, de acordo com a classificação de cuidados, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo, e ainda, suscitando uma assistência mais efetiva de enfermagem.

Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, para o preenchimento de um instrumento de caracterização e de classificação. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu atendimento nesta instituição. Vale ressaltar que sua participação nesta pesquisa consistirá em responder os questionamentos feitos pela pesquisadora, e permitir a sua avaliação pela mesma com toda a técnica, segurança e confidencialidade. Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, o dano eventual que este estudo poderá ocasionar-lhe de imediato é mínimo, relacionado a um possível desconforto psicológico no que tange a aplicação dos instrumentos de coleta, devido às perguntas e à avaliação, relacionadas a fatores que por vezes causam constrangimento, inquietação e por se tratar de uma temática que envolve o atendimento das necessidades individuais dos idosos hospitalizados, assim como do grau de dependência destes acerca dos cuidados de enfermagem.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que

considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Fui informado (a) sobre o presente estudo. Tenho o consentimento do meu responsável já assinado e declaro que concordo em participar da pesquisa. Informo que recebi uma cópia deste Termo de Assentimento.

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal



\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

Espaço para impressão  
dactiloscópica

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Fabiana Medeiros de Brito.

Telefones para contato da pesquisadora: (83) 8824-0023/ (83) 9608-2544

E-mail: fabianabrito\_@hotmail.com

Endereço residencial: Rua. João Pires de Figueiredo, nº31 / Centro. CEP:58100-575. Cabedelo – PB.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador re  
todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página



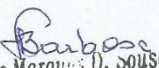


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião realizada no dia 19/02/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“CLASSIFICAÇÃO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE CLÍNICA CONFORME DEMANDA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM”**, da pesquisadora Fabiana Medeiros de Brito. Protocolo 0668/14. CAAE: 39399014.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Drª Eliane Marques D. Sousa  
Coordenadora CEPICCS/UFPB  
Mat. SIAPE: 0332618