

Prevalência dos diagnósticos de enfermagem em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência

Incidence of nursing diagnoses in elderly residents in Homes for the Age

Prevalencia de diagnósticos de enfermería en ancianos que viven en Institución de Larga Estancia

Maria Izabel Penha de Oliveira SANTOS¹, Dayseanne Costa VIEIRA², Eliene Abreu de CASTRO³

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem reais e de riscos mais prevalentes em idosos residentes em uma instituição para idosos. **Métodos:** epidemiológico, transversal e descritivo, com 59 idosos, de uma instituição de longa permanência. Utilizaram-se avaliação de enfermagem gerontológica, testes de Mini-Avaliação Cognitiva e *Time Get Up and Go* para avaliação do equilíbrio e marcha, analisados através do *software* SPSS 18.0. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA sob o Protocolo nº 279.972. **Resultados:** predominância feminina, idade média de 81,2 anos e baixa escolaridade. Encontraram-se 41 diagnósticos de enfermagem reais e quatro de riscos, com prevalência para dentição prejudicada, memória prejudicada, riscos de queda e solidão. **Conclusões:** os diagnósticos encontrados podem estar relacionados com a idade avançada, sobretudo, os de risco capazes de gerar incapacidades. Percebeu-se a importância do enfermeiro sistematizar seu processo de trabalho com o objetivo de ter suas ações mais direcionadas para cuidados específicos.

Descritores: Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the actual nursing diagnoses and most prevalent risks in elderlies that live in an institution. **Methods:** cross-sectional and descriptive epidemiological study, with 59 elderlies in an institution of long permanence. Using gerontological nursing assessment tests, Cognitive Assessment and Time Get Up and Go for evaluation of balance, and gait. It was analyzed through SPSS software 18.0. Also, it was approved by the Research Ethics Committee of the UEPA under the Protocol 279,972. **Results:** the prevalence was female, and the average age was 81.2 years, with low education. It was found 41 real and four risks nursing diagnoses, for impaired dentition, impaired memory, scratch of falls, and risk of loneliness. **Conclusions:** the diagnostics found may be related to old age, particularly those capable of generating risk disability. In addition, it was realized the importance of nurses working process systematization with the aim to specific care.

Descriptors: Aged; Homes for the aged; Nursing.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da UEPA. Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq/UEPA) em Saúde do Idoso da Amazônia (GESIAMA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: princesa50@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestranda em Biologia Parasitária da Amazônia pela Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil. E-mail: dayseannecostavieira@hotmail.com

3 Enfermeira. Belém, Pará, Brasil. E-mail: eliene.enf@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería real y de riesgo más prevalente en ancianos que viven en una institución para tercera edad. **Métodos:** epidemiológico, transversal y descriptivo, con 59 ancianos en una institución de larga permanencia. Fue utilizada evaluación gerontológica y pruebas de evaluación cognitiva y Time Get Up and Go para el equilibrio y marcha, analizada a través del software SPSS 18.0. Aprobado por el Comité de ética de investigación de la UEPA bajo el protocolo 279.972. **Resultados:** la prevalencia femenina, edad media de 81,2 años y baja escolaridad. Cerca de 41 diagnósticos de enfermería real y cuatro de los riesgos, con predominio de dentición deteriorada, memoria deteriorada, riesgos de caídas y de soledad. **Conclusiones:** los diagnósticos encontrados pueden estar relacionados con la vejez, especialmente aquellos capaces de generar incapacidad; se observó la importancia de enfermeras sistematizar el proceso de trabajo para tener sus acciones a la atención específica. **Descriptores:** Anciano; Hogares para ancianos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda etapa do Processo de Enfermagem (PE) e representa, com mais exatidão, as respostas da pessoa, da família ou da coletividade humana, em um dado momento do processo saúde e doença e constitui a base para a seleção das ações ou das intervenções, com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.¹

Assim, o enfermeiro pode se valer deste instrumento denominado PE para poder ter direcionamento para o desenvolvimento do raciocínio e o julgamento clínico, desta maneira com melhora na qualidade do cuidado. Além disso, esse instrumento promove tomadas de decisões clínicas confiáveis que refletem na melhoria da segurança da prática de Enfermagem.²

Nesse caminho, optou-se em realizar este estudo com pessoas idosas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pois há uma tendência da população

mundial com mais de 60 anos triplicar até 2050, e conseqüentemente, esse fato poder ocorrer com a população brasileira³, o que poderá levar muitos a correrem riscos de morbidades, incapacidades, e necessitarem de cuidados direcionados.

A partir de 1970, o Brasil experimentou uma verdadeira revolução demográfica. Houve redução de indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade. Entre 1991 e 2010, a esperança de vida ultrapassou 70 anos, chegando a 73,5 anos em 2010.³ Nesse sentido, há necessidade de medidas que proporcionem uma melhor qualidade de vida para esta população, como implementação de políticas públicas voltadas para melhor assistência aos idosos, visando proporcionar maior acesso aos serviços de saúde, serviços que proporcionem realização de atividades para o bem-estar físico, cognitivo e social, profissionais capacitados para atuarem na

educação em saúde e cuidado para com o idoso e melhores condições de moradia e transporte.⁴

A ILPI é uma moradia especializada, cuja função básica é proporcionar assistência gerontogeriatrica, conforme a necessidade de seus residentes, integrando um sistema continuado de cuidados.⁵ Dessa forma, nesse processo de cuidar do idoso residente em ILPI, o enfermeiro poderá se valer das etapas do PE: levantamento ou informações das condições clínicas e de saúde atuais, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Após os dados serem coletados, poderão direcionar para que os DEs sejam identificados e então definir as metas de cuidado a serem alcançadas em benefício dessa população.²

Realizou-se levantamento na base de dados LILACS-BIREME, com publicações no período de 2005 a 2012, sendo utilizados como descritores “cuidados de enfermagem e idosos institucionalizados”, “diagnósticos de enfermagem e idosos institucionalizados” e “enfermagem em instituição de longa permanência”. Foram encontrados dez estudos envolvendo os descritores em questão, sendo que em apenas duas pesquisas observou-se a preocupação na aplicação e ênfase nos diagnósticos de enfermagem aos idosos institucionalizados. Entre esses estudos, não havia nenhum da região Norte.

Através da identificação dos DEs, o qual faz parte do PE, há possibilidades de conhecer as necessidades e desafios que os idosos apresentam. No caso de idosos residentes de ILPI, o enfermeiro poderá desenvolver cuidados mais específicos, atentando para eventuais problemas e/ou riscos à sua saúde ou funcionalidade já muitas vezes comprometida. Neste sentido, favorecer que esse idoso, apesar de eventuais diminuições ou limitações físicas ou cognitivas advindas como o envelhecimento, possa ter oportunidade a uma boa qualidade de vida nesses locais.

A partir de então, questionou-se sobre os possíveis diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em idosos de uma ILPI. O estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem reais e de riscos mais prevalentes em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, de corte transversal e descritivo, envolvendo idosos moradores de uma ILPI em Belém do Pará. A população de referência total existente nessa instituição foi de (N=96) idosos, sendo (N=70) idosos selecionados para o estudo, porém, a amostra final foi de (N=59), de acordo com critérios exclusão utilizados. Para a inserção no estudo, elegeram-se os idosos que aceitassem participar da avaliação ou que a família ou o

cuidador autorizassem a sua participação, entretanto, 11 (18,6%) dos idosos recusaram participar do estudo. Foram excluídos os idosos que residiam em chalés e apartamentos da ILPI, pois esses idosos possuíam melhor poder aquisitivo e suas famílias não aceitavam a participação deles em pesquisas.

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada autorização por escrito do responsável da ILPI. Os idosos foram informados sobre a pesquisa, objetivos e finalidades do trabalho, garantindo-se o sigilo das informações e o direito de retirarem-se do estudo a qualquer momento, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo contemplou a Resolução 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos⁶ e teve sua aprovação na Plataforma Brasil e no Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará, no processo de número 279.972.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2013. Antes dessa coleta, houve aproximação das pesquisadoras com os idosos, mediados pela enfermeira da ILPI, a qual as apresentava e explicava sobre a presença delas por algumas semanas na instituição e sobre as visitas que fariam em seus quartos nos dias seguintes. Para obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento de Avaliação de Enfermagem Gerontológica elaborado por uma das autoras do estudo, baseado em seis padrões funcionais fundamentados por

Gordon⁷, que foram: Percepção da saúde/Controle e promoção da saúde; Nutricionais-metabólicos; Eliminação; Atividade/Exercício; Cognitivo-perceptivo; Sono/Repouso; escolhidos entre os 11 padrões por terem maior aproximação com a área gerontológica.

Também se coletaram dados sobre o perfil sociodemográfico, como: sexo, estado civil, faixa de idade, escolaridade, renda e antecedentes relacionados com a saúde, como: Índice de Massa Corpórea (IMC), comorbidades, acuidade visual e auditiva, atividades físicas e alteração de humor. Com relação à funcionalidade física e cognitiva dos idosos, utilizaram-se os seguintes parâmetros: a função cognitiva foi avaliada através do Teste denominado de Mini-Avaliação Cognitiva (Mini-Cog), que verifica a memória imediata pela evocação de palavras não relacionadas, e o Teste do Desenho do Relógio (TDR), que avalia função visuoespacial e memória executiva. Utilizou-se também o Teste chamado *Time Get up and Go* para avaliar o nível de agilidade de marcha e equilíbrio de idosos, que consiste em solicitar ao idoso que caminhe três metros em superfície plana e demarcada com início e fim, sendo considerado 1,5 metro para ir e 1,5 metro para voltar, com auxílio e supervisão do examinador.⁸ Para complemento de informações dos idosos, pesquisou-se as fichas de identificação dos idosos na instituição. Quando as fichas não continham todas as informações, conversava-se com a

enfermeira da ILPI para poder colher eventuais dados.

A identificação dos DEs reais e de risco ocorreu através do raciocínio clínico, após o levantamento dos dados, seguindo uma sequência de eventos cognitivos, baseados em características definidoras e fatores de risco que os idosos apresentavam. Buscou-se relacionar competências intelectuais, interpessoais e técnicas para maior êxito no julgamento clínico dos DEs. Ao serem identificados os DEs, os dados foram agrupados e passaram a ser caracterizados de forma holística e classificados segundo domínios contidos em NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association Internacional).⁹

Para análise dos dados, elaborou-se um banco de dados em uma planilha do programa eletrônico Excel versão 2013, exportado para o programa estatístico SPSS versão 18.0, onde foram realizadas as análises quantitativas das variáveis do estudo. Os testes estatísticos foram o Qui-quadrado de Pearson e para as medidas de tendência central e dispersão, consideraram-se uma margem de erro $\alpha \leq 5\%$ e $p \text{ valor} \leq 0,05\%$.

RESULTADOS

Os dados da Tabela 1 retratam uma população, em sua maioria, feminina, viúva ou solteira, com baixa escolaridade e renda.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos da amostra que participaram do estudo, por sexo, Belém/PA, 2013 (N=59)

Variáveis	F	%	f	%	P
Sexo					
Estado civil	6	10,2	53	89,8	
Solteiro	3	5,1	24	40,7	
Viúvo	1	1,7	27	45,9	
Divorciado	2	3,3	2	3,3	
Faixa de Idade					0,11
66- 75	3	50,0	8	15,1	
76- 86	2	33,3	30	56,6	
87 - 97	1	16,7	15	28,3	
Média (81,2 anos) DP=7,7					0,38
Escolaridade					
Nunca estudou	0	00,0	12	22,6	
Fundamental	3	50,0	21	39,6	
Médio	1	16,7	13	24,5	
Superior	2	33,3	7	13,2	
Renda					0,00
1 a 2 salários*	3	50,0	42	79,2	
2 a 4 salários	1	16,7	11	20,8	
4 ou +	2	33,3	0	00,0	

* Salário mínimo da época do estudo= R\$678,00(reais)

** p valor ($\leq 0,05$)

Fonte: Instrumento de pesquisa

Os dados da Tabela 2 destacam a saúde física e mental, a massa corporal alterada, sobretudo nas mulheres, presença de doenças

crônicas, limitação visual, baixa participação em atividade física e labilidade do humor.

Tabela 2 - Condições de saúde dos idosos residentes da ILPI que participaram do estudo, Belém/PA, 2013 (N=59)

Variáveis	f	%
IMC alterado		
Feminino	26	49,1
Masculino	2	33,3
Comorbidades		
Hipertensão Arterial	33	55,9
Alzheimer	18	30,5
Diabetes Mellitus	14	23,7
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	9	15,2
Outros	13	22,0
Acuidade visual		
Limitante para o autocuidado	55	93,2
Não limitante	4	6,8
Acuidade auditiva		
Normal para a idade	37	62,7
Alterada	22	36,3
Atividade física		
Não realizam Atividade física	9	15,3
1-2 Atividades Físicas	33	15,3
3-4 Atividades Físicas	9	13,6
5 ou mais Atividades Físicas	8	
Alteração de humor		
Sim	39	66,1
Não	20	33,9

Fonte: Instrumento de pesquisa

Foram considerados para efeitos dos dados que constam nas Tabelas 3 e 4, somente os diagnósticos de enfermagem encontrados com uma prevalência em mais de 10% dos idosos do estudo. Os DE reais mais prevalentes foram: dentição prejudicada, memória prejudicada, mobilidade física prejudicada, constipação e conhecimento

deficiente e os de risco foram: risco de quedas, de confusão aguda, solidão e integridade da pele prejudicada.

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem reais prevalentes entre os idosos institucionalizados participantes do estudo Belém/PA, 2013 (N=59)

Diagnósticos de Enfermagem	f	%
Dentição prejudicada	46	78,0
Memória prejudicada	39	66,1
Mobilidade física prejudicada	30	50,8
Constipação: frequência diminuída	23	39,0
Conhecimento deficiente	22	37,3
Deambulação prejudicada	15	25,4
Eliminação urinária prejudicada	15	25,4
Déficit no autocuidado para vestir-se	14	23,7
Percepção sensorial perturbada	14	23,7
Desesperança	13	22,0
Insônia	13	22,0
Padrão de sono prejudicado	13	22,0
Déficit no autocuidado para banho	12	20,3
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	12	20,3
Ansiedade	11	18,6
Déficit no autocuidado para higiene íntima	11	18,6
Baixa autoestima situacional	09	15,3
Incontinência urinária de urgência	09	15,3
Processos familiares interrompidos	09	15,3
Atividade de recreação deficiente	08	13,6
Autonegligência	08	13,6
Fadiga	08	13,5
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	08	13,6
Comunicação verbal prejudicada	07	11,9
Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar	06	10,2
Manutenção ineficaz da saúde	06	10,2

Fonte: Instrumento de pesquisa

Tabela 4 - Diagnósticos de enfermagem de risco prevalentes entre os idosos institucionalizados participantes do estudo Belém/PA, 2013 (N=59)

Diagnósticos de Enfermagem	f	%
Risco de quedas	37	62,7
Risco de confusão aguda	14	23,7
Risco de solidão	14	23,7
Risco de integridade da pele prejudicada	07	11,9

Fonte: Instrumento de pesquisa

DISCUSSÃO

Os dados demográficos encontrados, neste estudo, estão de acordo com a realidade nacional. Em nosso país, as mulheres representam 55,8% dos idosos, sendo privilegiadas

por uma expectativa de vida maior em relação aos homens, ou seja, vivem cerca de sete a dez anos a mais. Além disso, o aumento de anos vividos, considerando-se a diferença entre os sexos, mostrou-se com tendência o crescimento, como nos últimos anos,

que passou de 73,9 anos para 77 anos para as mulheres; já, entre os homens, era de 66,3 anos e subiu para 69,4 anos.¹⁰

Quanto à situação conjugal dos idosos que participaram do estudo, verificou-se a predominância de idosas viúvas (45,9%). Estudo¹¹ demonstra que as mulheres idosas apresentam um percentual de viuvez de 41% e que o estado civil predominante entre os homens idosos é de 70% de casados. Essa situação pode ser justificada pelo aumento do número de viúvas e pela condição de maior longevidade feminina, e aumento do número de homens que refazem sua vida conjugal com mulheres mais novas.

Pode-se observar, de acordo com a Tabela 2, que os idosos do estudo tiveram suas condições de saúde relacionadas à manutenção de sua massa corporal alterada, verificada pelos resultados do IMC alterados em cerca de 49,1% nas mulheres, e em 33,3% dos homens. Observando-se, dessa maneira, que parte significativa de idosos estava abaixo do IMC normal recomendado pelo Ministério da saúde, que é um valor entre 18,5 a 24,9.¹⁰ Mostrando com esses resultados, que eles se apresentaram abaixo do peso.

Esse resultado talvez esteja relacionado a três fatores, ao estado nutricional, prática de atividade física poucas vezes na semana ou ao próprio envelhecimento fisiológico, pois ocorre diminuição lenta e progressiva da massa muscular em decorrência de uma atrofia muscular, em que há perda gradativa e seletiva de fibras esqueléticas¹², sobretudo, as de

contração rápida do tipo II. No caso dos idosos do estudo, pôde-se ainda considerar a dificuldade de alimentação, talvez influenciada pela má dentição e a idade avançada em cerca de mais de 50% dos participantes.

Observou-se também que entre as comorbidades relatadas houve prevalência da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, doenças comumente prevalentes nesse grupo populacional. Contudo, existiam outras comorbidades já presentes, como demências, depressão e distúrbios psicóticos, dentre outras que podem afetar o autocuidado e requisitar a necessidade de um cuidador.

Dentre os entrevistados, 84,7% praticavam pelo menos uma atividade física regularmente e 15,3% admitiram não praticar nenhuma atividade física. A atividade física regular vem sendo considerada essencial para a manutenção da aptidão física em indivíduos idosos, citada na literatura, como possível responsável por retardar os declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas e promover benefícios econômicos e sociais. Porém, quando essa atividade não se mantém com um número de repetições na semana, seus efeitos são pouco observados, principalmente em se tratando de pessoas com idade mais avançada.¹³

Os DEs reais se apresentam na Tabela 3 e os de risco são observados na Tabela 4, e obedecem aos seis domínios propostos de acordo com NANDA I.⁸ No que se refere ao domínio promoção da saúde, os DEs com maior

destaque foram a autonegligência, identificada em 13,6%, e manutenção ineficaz da saúde, encontrada em 10,2% dos idosos. Esses DEs podem estar relacionados a possíveis dificuldades de enfrentamento da situação em que o idoso está inserido na ILPI, como também a condições de saúde, em circunstâncias de sentimento de invalidez e desmotivação, podendo desenvolver características de hostilidade, o que pode acarretar prejuízo no tratamento de eventuais doenças e controle da saúde.¹⁴

No domínio nutrição, o diagnóstico nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais foi encontrado em cerca de 20,3% dos idosos. Esse dado está em correspondência com estudo realizado com idosos em Minas Gerais, o qual demonstra mortalidade de idosos por desnutrição, sendo a principal proteico-calórica, encontrada em 98% dos casos.¹⁵ Além do mais, com o envelhecimento, há diminuição da massa muscular e adiposa, que estão relacionadas com a manutenção do equilíbrio orgânico.¹² A presença de algumas doenças crônicas, como neoplasias de boca, estômago, esôfago, reto, ânus e pulmão, a diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência renal, anemia, pneumonia, aterosclerose, fratura de fêmur e infecção do trato urinário¹⁵, pode convergir para a aplicação deste DE.

Em estudo realizado com idosos residentes de ILPI em Albacete (Espanha), utilizando a pontuação da Mini Avaliação Nutricional (MNA), foram encontrados uma prevalência

de desnutrição e risco de desnutrição de 40,1%, sobretudo em idosos do sexo feminino. Em geral, um aumento da desnutrição com a idade foi detectado, com exceção de pessoas nos últimos anos de suas vidas. As perguntas da MNA que melhor predisseram o estado nutricional foram as relacionadas com as autoavaliações antropométricas.¹⁶

Em relação à eliminação e troca, 39% dos DEs foram de constipação, o que pode ter sido influenciado principalmente pelo uso de antidepressivos e diuréticos, ingesta reduzida de líquidos e fibras, diminuição do tônus da musculatura abdominal e da motilidade intestinal, frequência diminuída de evacuações e volume de fezes diminuídas.⁹ Tais fatores podem estar relacionados com o padrão nutricional desequilibrado nos idosos da pesquisa. Nesse contexto, de acordo com estudo realizado¹⁷, os sintomas predominantemente relatados por idosos institucionalizados em ILPI foram: esforço ao evacuar, seguido da sensação de fezes bloqueadas e realização da massagem intestinal.

Em relação à função urinária, destacaram-se os DEs eliminação urinária prejudicada e incontinência urinária de urgência. Existem características definidoras encontradas nos idosos que reforçam a relação existente desses DEs, tais como a perda de urina antes de alcançar o banheiro, relacionada à estrutura de suporte pélvicas enfraquecidas, pois o que ocorre em ambos os sexos é uma diminuição da habilidade para retardar a micção; noctúria; urgência urinária e relatos

de perda involuntária de urina com contrações da bexiga.⁹

No domínio atividade/repouso a mobilidade física prejudicada foi mais prevalente e estava presente em cerca de 50,8% dos idosos, seguida da deambulação prejudicada, déficit no autocuidado para vestir-se, ansiedade, déficit no autocuidado para banho, déficit no autocuidado para higiene íntima, mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, fadiga e atividade de recreação deficiente. Sobre esse aspecto, idosos com idade mais avançada podem ter influência de forma significativa na mobilidade e capacidade para realizarem atividades básicas da vida diária (AVDs), pois há diminuição da massa óssea e muscular, elasticidade e movimentos das articulações, proporcionando maior lentidão motora e limitação de movimentos.¹²

A mobilidade física prejudicada em idosos traz consequências danosas para mais incapacidades e encontra-se entre os fenótipos da síndrome da fragilidade¹⁸, entre eles a perda de peso involuntária, exaustão, lentidão, fraqueza muscular e baixo nível de atividade. Estudo que associou alguns desses fatores com a incontinência urinária apontou que a perda da mobilidade e o sexo são fatores predisponentes para a fragilidade. Os autores ainda reforçam que esses fatores são passíveis de intervenções e que visam à prevenção.¹⁹

No domínio percepção/cognição, foram evidenciados em ordem decrescente de prevalência os seguintes DEs de idosos: Memória prejudicada (66,1%), Conhecimento deficiente (37,3%), Percepção

sensorial prejudicada (23,7%) e Risco de confusão aguda (23,7%), observados na Tabela 4. Aparecendo em menor prevalência, a comunicação verbal prejudicada (11,9%). Pode-se relacionar a presença desses diagnósticos ao número de casos de idosos com demência, principalmente Alzheimer.

Idosos institucionalizados apresentam perdas progressivas e irreversíveis na capacidade de realizar atividades diárias simples, mostrando um acentuado grau de dependência. Tendo como alternativa para a diminuição de agravos, o uso de tecnologias cuidativas leves, como as que se realizam em grupo, a fim de favorecer maior dinamismo e exercício cognitivo nos idosos residentes de ILPI.¹⁴

Envolvendo o domínio segurança/proteção, identificou-se o DE risco para queda, que no presente estudo podemos relacionar a alterações musculoesqueléticas, osteoporose, sarcopenia, artrose, uso de medicamentos e ao déficit funcional, que resultam em alterações na postura e marcha, aumentando a possibilidade de quedas. Ainda existem as alterações no sistema nervoso, que podem ocasionar instabilidade postural e levar a quedas, como: a diminuição na velocidade de transmissão do impulso nervoso nos neurônios sensoriais e motores, diminuição no metabolismo cerebral e redução na perfusão cerebral.¹²

Também nesse domínio, prevaleceu o DE dentição prejudicada em cerca de 78%. As dificuldades na mastigação para alimentos sólidos

também foi uma característica que definiu esse DE. Assim, esse diagnóstico pode estar associado à falta de cuidados ou valorização sobre o cuidado da saúde bucal do idoso na sociedade e no contexto das ILPIs, além do mais, durante o envelhecimento, o número de visitas ao médico aumenta, enquanto que ao dentista diminui.²⁰ A população idosa está ainda caracterizada por higiene oral ruim, altos índices de edentulismo e reduzido número de dentes naturais remanescentes, e com necessidades de tratamento não alcançadas.

CONCLUSÕES

Observou-se pelos resultados do estudo que os diagnósticos de enfermagem encontrados estão em consonância com os problemas gerontológicos de pessoas com idade mais avançada, além disso, percebeu-se a importância de o enfermeiro sistematizar o seu processo de trabalho, pois se vale de “pistas” para a avaliação do cuidado ao idoso.

O desenvolvimento do PE de enfermagem no cuidado aos idosos institucionalizados poderá permitir também ao enfermeiro um redirecionamento, ou inovações em sua prática cotidiana, buscando ferramentas de intervenção, como o cuidado voltado para prevenção de agravos e reabilitação, e com isso, contribuir para uma longevidade com qualidade de vida.

Espera-se que os resultados deste estudo possam incentivar os enfermeiros e a comunidade acadêmica a dar continuidade ao que foi iniciado. Considera-se de

fundamental importância não somente identificar os DEs, mas desenvolver ações educativas visando capacitar os cuidadores para o desenvolvimento das suas atividades junto aos idosos, além de se pensar em atividades que proporcionem maior aproximação e/ou inclusão da família no ambiente da ILPI, na tentativa de se diminuir as necessidades afetivas desse idoso.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade em encontrar registros completos sobre a saúde funcional dos idosos, em especial, o histórico de enfermagem durante a sua admissão na ILP, as quais poderiam complementar as informações já existentes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR). Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358, de 15 de Outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação. Brasília; 2009.
2. Sasso GTMD, Barra DCC, Paes F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Rev esc enferm USP online [Internet]. 2013 fev[acesso em 2013 dez 02];47(1):242-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100031
3. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol serv saude online [Internet]. 2012 dez[acesso em 2013

- dez 02];21(4). Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494974201200040003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Souza LM, Lautert L, Hillishein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. Rev esc enferm online [Internet]. 2011 jun [acesso em 2014 fev 09];45(3):665-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a17.pdf>
5. Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta paul enferm online [Internet]. 2010 [acesso em 2013 dez 03];23(6):775-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600010
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa e testes em seres humanos. Brasília; 2012.
7. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3ª ed. St. Louis: McGraw Hill; 1982.
8. Bohannon RW, Schaubert K. Long-term reliability of the timed up-and-go test among community-dwelling elders. J phys ther sci online [Internet]. 2005 [acesso em 2013 dez 03];17(2):93-6. Disponível em: <http://sciencelinks.jp/j-east/article/200605/000020060506A0044805.php>
9. North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA I). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cresce expectativa de vida entre brasileiros. Rio de Janeiro, 17 setembro de 2010 [Internet]. [acesso em 2013 jun 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>
11. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estud av online [Internet]. 2003 set/dez [acesso em 2012 dez 10];17(49):35-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142003000300004
12. Rossi E. Envelhecimento do sistema osteomuscular. Einstein online [Internet]. 2008 [acesso em 2013 dez 03];6(1):7-12. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/746Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS7-12.pdf>
13. Zajko WJC, Proctor DN, Fiatarone SMA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults. Med sci sports exerc online [Internet]. 2009 jul [acesso em 2013 jul 18];41(7):1510-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516148>
14. Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. Rev gauch enferm online [Internet]. 2010

jun[acesso em 2013 jul 10];31(2):285-92. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11628>

15. Rezende EM, Sampaio IBM, Ishitani LH, Martins EF, Vilella LCM. Mortalidade de idosos com desnutrição em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: uma análise multidimensional sob o enfoque de causas múltiplas de morte. *Cad saúde publica online* [Internet]. 2010 jun[acesso em ago 10];26(6):1109-21. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2010000600005&script=sci_arttext

16. Serrano UR, Garcia MMJ. Malnutrition in an elderly population without cognitive impairment living in nursing homes in Spain: study of prevalence using the mini nutritional assessment test. *Gerontology online* [Internet]. 2013 ago[acesso em 2013 Ago 10];59(6):490-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23949114>

17. Nesello F, Tonelli FO, Beltrame TB. Constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. *Ceres online* [internet]. 2011 [acesso

em 2013 Jan 10];6(3):151-62. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/2125>

18. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiner J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J gerontol online* [Internet]. 2001 mar[acesso em 2013 ago 18];5(3):146-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>

19. Silva VA, Délboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto & contexto enferm online* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 ago 09];21(2):338-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200011

20. Vargas CM, Arevalo O. How dental care can preserve and improve oral health. *Dent clin north am* [Internet]. 2009 jul[acesso em 2013 ago 03];53(3):399-420. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19482119>

Data da submissão: 2013-09-10

Aceito: 2013-11-02

Publicação: 2013-12-20.