

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
IDOSOS: PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®

JOÃO PESSOA

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial, deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

M488d Medeiros, Ana Claudia Torres de.

Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®]/ Ana Claudia Torres de Medeiros.- João Pessoa, 2011.

128f.

Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1.Enfermagem. 2.Enfermagem para idosos. 3.Enfermagem/Classificação. 4.Terminologia. 5. Diagnósticos de enfermagem. 6. Enfermagem na atenção à saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
IDOSOS: PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba,
como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no cuidado ao adulto
e idoso

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Miriam Lima da Nóbrega

JOÃO PESSOA

2011

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS

**DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
IDOSOS: PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®**

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 30/09/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Miriam Lima da Nóbrega/UFPB
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues/EERP/USP
Membro Efetivo

Prof^ª Dr^ª Maria das Graças Melo Fernandes/UFPB
Membro Efetivo

Prof^ª Dr^ª Antonia Oliveira Silva/UFPB
Membro Suplente

Prof^ª Dr^ª Telma Ribeiro Garcia/UFPB
Membro Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais, Bertino e Inacínha, pelo amor incondicional, pelos exemplos de vida, pelos esforços dedicados a minha educação e por compreender a minha ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu a existência. Pela Sua presença constante em minha vida. Por proporcionar todas as bênçãos e me oferecer amparo diante dos momentos de desânimos. Por ser a luz do meu caminho e ter colocado nele pessoas tão especiais com as quais compartilho os mais preciosos laços...

Aos meus amados pais, irmão e irmã, Anjos que Deus colocou na minha vida para dividir tantos momentos difíceis e de descobertas e me levantarem nos momentos de tristezas. Pelo incentivo permanente aos meus estudos, pela união, pela torcida e pela alegria em cada momento de prazer compartilhado.

As minhas queridas avós por todos os ensinamentos e momentos maravilhosos.

À querida Prof^a Dr^a Miriam Nóbrega, pelo seu jeito acolhedor, sereno, compreensivo, inteligente, seguro e dedicado, pelas suas inesgotáveis generosidade e paciência em compartilhar seus ensinamentos. Muito obrigada pelas incansáveis orientações desde a graduação e por fazer parte da minha vida.

Aos idosos que nos receberam em suas casas, com atenção e carinho, disposto a colaborar com o estudo e oferecendo ensinamentos sobre a vida.

À Adriana, Annelissa, Débora, Elizabeth, Lara, e Livia pela amizade construída e por todos os momentos vivenciados durante esses dois anos.

Aos demais colegas do mestrado com os quais foram compartilhados momentos de aprendizagem.

À Profª Drª Graça Fernandes, pelas suas valiosas contribuições no exame de qualificação do projeto. Agradeço também pela disponibilidade e generosidade em compartilhar seu conhecimento.

À Profa Drª Rosalina Partezani pela atenção e apoio oferecidos quando estive em Ribeirão Preto durante o período do mestrado sanduíche e pela disponibilidade em participar da Banca.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante a realização desse estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF por me acolher como aluna e pela oportunidade em realizar o mestrado sanduíche com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP.

Por fim, mas não com menos importância, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho. Muito obrigada.

RESUMO

MEDEIROS, Ana Claudia Torres de. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®]. 2011. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: Tendo em vista o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional torna-se indispensável o conhecimento das suas especificidades. Os enfermeiros, inseridos em equipes multiprofissionais, tornam-se profissionais indispensáveis para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, aumentando a necessidade da prestação de cuidados, de modo sistematizado utilizando uma linguagem profissional unificada. **Objetivo:** construir afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos e estruturar um Subconjunto terminológico da CIPE[®] para idosos no município de João Pessoa – PB, tendo como suporte teórico o Modelo de Atividade de Vida. **Métodos:** estudo de natureza exploratória descritiva, que para o atendimento aos objetivos foi desenvolvido em quatro etapas. Na primeira – Identificação do cliente –, considerou-se os idosos com sessenta anos e mais que vivem no município de João Pessoa – PB, perfazendo um total de 240 idosos. A segunda – Coleta de termos e conceitos relevantes para o cliente –, pesquisa descritiva documental, realizada para identificar os conceitos considerados relevantes clinicamente e culturalmente para a construção das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. A terceira – Elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem –, pesquisa aplicada, que foi desenvolvida tendo como base as diretrizes do CIE, a norma ISO 18.104 e o Banco de dados para a construção das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, as quais depois de construídas foram classificadas de acordo com o Modelo de Atividade de Vida. A última etapa – Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para idosos –, enfatizou-se a significância do subconjunto para a Enfermagem; a descrição do modelo teórico utilizado e a relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. **Resultados:** Foram construídas 129 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e 627 de intervenções de enfermagem, distribuídas de acordo com os fatores que interferem nas atividades de vida. Estruturou-se o Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para idosos com os objetivos de servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados aos idosos, no atendimento nas Unidades de Saúde ou no domicílio, no processo de raciocínio clínico e terapêutico e dar suporte a documentação sistemática do cuidado de enfermagem, utilizando a CIPE[®]. As afirmativas desenvolvidas contemplam todos os fatores que influenciam as atividades de vida, e por isso deve ser consideradas como um guia para ser utilizado pelos enfermeiros, não dispensando, portanto a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão. **Considerações finais:** Considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados, tendo como resultado a construção do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para idosos, que irá facilitar a operacionalização das etapas da consulta de enfermagem aos idosos, alicerçada no modelo teórico de atividade de vida. Recomenda-se que sejam desenvolvidos outros estudos para que seja feita a validação de conteúdo e clínica das afirmativas de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem, com o objetivo de verificar a aplicabilidade das mesmas e a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática de enfermagem com idosos na atenção básica de saúde, no município de João Pessoa – PB.

Descritores: Enfermagem/classificação. Terminologia. Envelhecimento. Idoso. Diagnósticos de enfermagem.

ABSTRACT

MEDEIROS, Ana Claudia Torres de. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®]. 2011. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introduction: In view of the ongoing and intense process of population aging becomes essential to have knowledge of the specificities derived from the human aging. Nurses, embedded in multidisciplinary teams, professionals become indispensable for the promotion of healthy aging and longevity with quality, increasing the need for care, so systematized using a unified professional language. **Objective:** to build statements nursing diagnosis/outcomes and interventions for elderly and structure a ICNP[®] terminological subset for the elderly in the city of João Pessoa - PB, supported by the theoretical model life activities. **Methods:** Descriptive exploratory in nature, that to meet the objectives was developed in four stages. In the first - Client identification -, was considered the elderly aged sixty and over who live in the city of João Pessoa - PB, for a total of 240 elderly. The second - Collection of terms and concepts relevant to the client -, descriptive documentation, performed to identify the concepts considered clinically relevant and culturally for the construction of statements nursing diagnosis/outcomes and interventions. The third - Development of statements nursing diagnosis/outcomes and interventions -, applied research, which was developed based on the guidelines of the ICN, ISO 18.104 and database for the construction of nursing diagnosis/outcomes and interventions, which once built were classified according to the model of life activity. The last step - Proposal for a ICNP[®] terminological subset for the elderly -, emphasized the significance of the subset for nursing, the description of the theoretical model used and the relationship of statements nursing diagnosis/outcomes and interventions. **Results:** We built 129 statements nursing diagnosis/outcomes and 627 nursing interventions, distributed according to the factors that interfere with life activities. Structured ICNP[®] terminological subset for the elderly with the objectives as a guide for nurses who provide care for the elderly, the care in health clinics or at home, in the process of clinical reasoning and therapeutic and support systematic documentation of nursing care using ICNP[®]. The developed statements include all factors that influence the activities of life, but should be considered as a guide for use by nurses, not release, so the clinical experience, critical thinking and decision making. **Conclusion:** It is considered that the study's objectives were achieved, resulting in the construction of the ICNP[®] terminological subset for the elderly that will facilitate the implementation of the steps of the nursing consultation to the elderly, based on the theoretical model of life activity. It is recommended that further studies are developed to be made to content and clinical validation of statements nursing diagnosis/outcomes and interventions in order to verify the applicability of the same and the use of a unified language for the documentation of practice nursing care with elderly in primary health care in the city of João Pessoa - PB.

Descriptors: Nursing/classification. Terminology. Aging. Elderly. Nursing diagnosis.

RESUMEN

MEDEIROS, Ana Claudia Torres de. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®]. 2011. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introducción: En vista del proceso en curso e intenso de envejecimiento de la población a ser esencial tener conocimiento de las especificidades derivadas del envejecimiento humano. Enfermeras, integrados en equipos multidisciplinares, los profesionales son indispensables para la promoción de un envejecimiento saludable y la longevidad con calidad, aumentando la necesidad de atención, por lo que se sistematizó en un lenguaje profesional unificado. **Objetivo:** Crear afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería para ancianos y estructurar un subconjunto terminológico de la CIPE[®] para los ancianos en la ciudad de João Pessoa - PB, con el apoyo del modelo teórico de las actividades de la vida. **Métodos:** Estudio descriptivo de carácter exploratorio, que para cumplir los objetivos se desarrolló en cuatro etapas. En la primera - La identificación del cliente -, se consideró la edad de sesenta años y más que viven en la ciudad de João Pessoa - PB, de un total de 240 ancianos. El segundo - Colección de términos y conceptos relacionados con el cliente -, pesquisa descriptiva documental, realizada para identificar los conceptos considerados clínicamente relevantes y culturalmente para la construcción de afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería. El tercero - Desarrollo las afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería -, investigación aplicada, que se desarrolló sobre la base de las directrices de lo CIE, ISO 18104 y la base de datos para la construcción de afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería, que una vez construida se clasificaron según el modelo de actividad de la vida. El último paso - Propuesta para un subconjunto terminológico de la CIPE[®] para los ancianos -, destacó la importancia del subconjunto de enfermería, la descripción del modelo teórico utilizado y la relación de las afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería. **Resultados:** Se construyeron 129 afirmativas de diagnósticos/resultados y 627 intervenciones de enfermería, distribuidos de acuerdo con los factores que interfieren con las actividades de la vida. Estructuró lo subconjunto terminológico de la CIPE[®] para los ancianos con los objetivos de servir como una guía para las enfermeras que cuidan de los ancianos, no dispensando, por tanto el cuidado en clínicas de salud o en el hogar, en el proceso de razonamiento clínico y terapéutico y el apoyo sistemático de la documentación cuidados de enfermería con la CIPE[®]. Las afirmativas desarrolladas contemplan todos los factores que influyen en las actividades de la vida, pero debe ser considerada como una guía para ser utilizado pelas enfermeras, no dispensando, por tanto la experiencia clínica, el pensamiento crítico y toma de decisiones. **Conclusión:** Se considera que los objetivos del estudio fueron alcanzados, tenido como resultado la construcción de un subconjunto terminológico de la CIPE[®] para los ancianos que faciliten la aplicación de las etapas de la consulta de enfermería a los ancianos, basado en el modelo teórico de la actividad de la vida. Se recomienda que se han desarrollado otros estudios para hacerse la validación del contenido y clínica de afirmativas de diagnósticos/resultados y intervenciones de enfermería con el fin de verificar la aplicabilidad de lo misma y el uso de un lenguaje unificada para la documentación de la práctica de cuidados de enfermería los ancianos en la atención primaria de salud en la ciudad de João Pessoa - PB.

Descriptorios: Enfermería/clasificación. Terminología. Envejecimiento. Anciano. Diagnóstico de enfermería.

LISTA DE QUADRO

| | | |
|-----------------|--|----|
| Quadro 1 | Banco dos termos para a prática de enfermagem com idosos, constantes e não constantes na CIPE [®] . João Pessoa, 2011. | 61 |
| Quadro 2 | Termos do eixo foco, constantes e não constantes na CIPE [®] , distribuídos pelos fatores que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 63 |
| Quadro 3 | Afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para o termo Vestir-se, despir-se e arrumar-se de acordo com os eixos da CIPE [®] . João Pessoa, 2011. | 64 |
| Quadro 4 | Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores biológicos do Modelo de Atividades de Vida. João Pessoa, 2011. | 65 |
| Quadro 5 | Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores psicológicos do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011. | 81 |
| Quadro 6 | Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores socioculturais do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011. | 84 |
| Quadro 7 | Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores ambientais do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011. | 90 |
| Quadro 8 | Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores político-econômicos do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011. | 91 |
| Quadro 9 | Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores biológicos que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 97 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| Quadro 10 | Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores psicológicos que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 103 |
| Quadro 11 | Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores socioculturais que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 105 |
| Quadro 12 | Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores ambientais que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 108 |
| Quadro 13 | Distribuição das Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores político-econômicos que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011. | 108 |

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Relacionamento entre o ciclo de vida da Terminologia CIPE [®] e o desenvolvimento de Subconjuntos terminológicos. | 39 |
| Figura 2 | Diagrama representativo do Modelo de Vida e do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. | 44 |
| Figura 3 | Diagrama representativo do Modelo de Vida e do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney para o Subconjunto terminológico da CIPE [®] para idosos. | 95 |

LISTA DE TABELA

| | | |
|-----------------|---|----|
| Tabela 1 | Perfil sociodemográfico dos idosos que vivem no domicílio segundo: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, arranjo domiciliar, presença de cuidador e serviço de saúde utilizado. João Pessoa, 2011 (n = 240). | 58 |
|-----------------|---|----|

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | OBJETIVOS | 23 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 25 |
| 3.1 | Envelhecimento populacional em números | 26 |
| 3.2 | Envelhecimento <i>versus</i> velhice: definições | 27 |
| 3.3 | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® | 31 |
| 3.3.1 | Subconjuntos terminológicos da CIPE® | 37 |
| 3.4 | Modelo de atividades de vida | 41 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODO | 51 |
| 4.1 | Cenário do estudo | 52 |
| 4.2 | Etapas da pesquisa | 52 |
| 4.2.1 | Identificação do cliente | 52 |
| 4.2.2 | Coleta de termos e conceitos relevantes para o cliente | 53 |
| 4.2.3 | Elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem | 55 |
| 4.2.4 | Proposta de um Subconjunto terminológico da CIPE® para idosos | 56 |
| 5 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 57 |
| 5.1 | Identificação do cliente Idoso | 58 |
| 5.2 | Coleta de termos e conceitos relevantes para o idoso | 60 |
| 5.3 | Elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem | 64 |
| 5.4 | Proposta de um Subconjunto terminológico da CIPE® para idosos | 92 |
| 5.4.1 | Significância para a Enfermagem | 92 |
| 5.4.2 | Modelo de Atividades de Vida | 94 |
| 5.4.3 | Relações das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de | 96 |

| | | |
|----------|---|-----|
| | enfermagem distribuídas segundo o modelo teórico | |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 110 |
| | REFERÊNCIAS | 114 |
| | APÊNDICES | 122 |
| | Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido | 123 |
| | Apêndice B – Relação de termos identificados no instrumento da pesquisa “Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”. | 124 |
| | ANEXO | |
| | Anexo A – Certidão Comitê de Ética | |

1 Introdução

Atingir o envelhecimento é, sem dúvida, um triunfo, apesar de ser um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o qual, em condições normais, não causa qualquer problema e continua evocando explicações à ciência, à sociedade e ao indivíduo. O tão considerado fenômeno é hoje parte da realidade da maioria das sociedades. Inicialmente, em países desenvolvidos, tomou dimensões consideráveis a partir das melhorias nas condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento, esse processo ocorreu rapidamente, sem que houvesse uma reorganização social e dos serviços de saúde necessária para atender satisfatoriamente às novas demandas emergentes dos idosos (PORTO, 2004; BRASIL, 2007; VERAS, 2009), haja vista que a maioria deles apresenta baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (RAMOS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2003; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com sessenta anos ou mais, e nos países desenvolvidos, aquele a partir de 65 anos (WHO, 2005).

Apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o conceito idoso. Houve um tempo em que todas as pessoas com mais de 65 anos eram categorizadas como idosas, entretanto, atualmente se reconhece que existe muita diversidade entre diferentes faixas etárias. Eliopoulos (2011) descreve uma classificação para os idosos nas seguintes categorias: (1) idoso **jovem**, com idade entre 60 e 74 anos; (2) idoso **mais velho**, com idade entre 75 e 100 anos; e (3) **centenário**, com mais de 100 anos. Contudo, Silva (2005) ressalta a importância de se compreender que as idades biológica, social e psicológica não são coincidentes necessariamente com a cronológica.

Estimativas apontam que, em 2025, existirá um total de, aproximadamente, 1,2 bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade, até 2050, haverá dois bilhões em todo o mundo, entretanto, 80% nos países em desenvolvimento. No Brasil, como em todo o mundo, a expectativa para o ano de 2050 é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, um fenômeno nunca antes observado (BRASIL, 2003; WHO, 2005).

É importante recorrer à ótica do envelhecimento como um processo inelutável, dinâmico e progressivo, em que ocorrem modificações complexas de fatores morfológicos, fisiológicos, bioquímicos, psicológicos e sociais, acompanhados de perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que suscita mais vulnerabilidade (PAPALÉO NETTO, 2007). Ramos (2002) discorre que, para a população idosa, a saúde não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis,

porém se configura como a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Considerando isso, envelhecer saudavelmente, nos dias atuais, é um desafio da responsabilidade individual, do estado e da comunidade onde está o indivíduo inserido, através da criação de recursos que possibilitem hábitos de vida promotores de saúde (BICUDO, 2009).

O grupo populacional composto por idosos, no geral, enfrenta problemas multidimensionais que afetam a saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais da saúde assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção que priorize aspectos favorecedores de um processo adaptativo individual na prevenção e no controle de complicações de doenças crônicas inerentes ao processo de envelhecimento.

Os enfermeiros da atenção básica de saúde, que estão inseridos em equipes multiprofissionais, por meio da prestação de cuidados centrados na promoção da saúde e na prevenção da doença, ao longo de todo o ciclo vital, tornam-se profissionais indispensáveis para que haja um envelhecimento saudável e a longevidade com qualidade.

A atenção à pessoa idosa consiste em um grande desafio, porquanto exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que contribua para que, apesar das progressivas limitações que possam lhe ocorrer, seja possível descobrir estratégias para envelhecer com o nível máximo de qualidade, acarretando o mínimo possível de problemas para o indivíduo, sua família e a comunidade. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação do seu estado situacional e as intervenções precisam ser orientadas voltando-se o olhar para a prevenção, a promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, o que favorece para que tenha uma qualidade de vida.

Esse novo cenário populacional tem gerado também a necessidade de reorganizar a assistência de enfermagem pautada em uma metodologia científica, visando melhorar a qualidade da assistência e, por conseguinte, dar mais segurança e mais autonomia para os pacientes por parte daqueles que a fazem por meio de um direcionamento técnico-científico que traz implicações positivas para o paciente, a família, a comunidade e a Enfermagem. Desse modo, os enfermeiros ficarão aptos a, a partir de seus registros realizados durante a assistência, obter indicadores de saúde por meio de julgamento clínico, direcionar o cuidado e avaliar a qualidade da assistência prestada.

A Portaria GM-MS N^o 648 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca promover sua saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006). Visando à operacionalização da Atenção Básica, define-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle de doenças como tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Segundo a referida Portaria, as atribuições globais do enfermeiro de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, devem ser complementadas com as seguintes diretrizes e normas da gestão local: dar assistência integral aos indivíduos e às suas famílias na USF, e quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano – infância, adolescência, idade adulta e terceira idade – conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD); participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Para o cumprimento das atribuições dadas pela Portaria para a atenção básica de saúde, a Enfermagem tem laçado mão de uma metodologia científica elaborada de forma individualizada e dinâmica, com base em conhecimentos técnico-científicos, que ofereça segurança e direcionamento para a prática assistencial. Essa metodologia assistencial vem sendo cada vez mais mencionada, ora como sistematização da assistência de enfermagem, ora como processo de enfermagem, devido à sua grande importância na implementação da prática assistencial, por ser uma ferramenta que possibilita a avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade, por meio do conhecimento científico e da tomada de decisão clínica, com o suporte de evidências científicas que conferem mais segurança ao paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2010; ROZA, 2005). Ela é também possibilitar um cuidado humanizado, cujos resultados são de baixo custo e, além disso,

impulsiona os enfermeiros a, de modo contínuo, examinarem suas ações e avaliarem a qualidade. Sua aplicação proporciona ao enfermeiro a possibilidade de prestar cuidados individualizados, com foco em referenciais teóricos da profissão (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Embora o processo de enfermagem venha sendo empregado, em algumas circunstâncias, como sinônimo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e de Metodologia da Assistência, este estudo considera como conceitos distintos, de acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências (COFEN, 2009).

Nessa Resolução, a SAE é entendida como a organização do trabalho profissional, quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de enfermagem; e o Processo de enfermagem como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); Diagnóstico de enfermagem; Planejamento de enfermagem; Implementação; e Avaliação de enfermagem. Quando desenvolvido na atenção básica de saúde, esse processo passa a ser denominado de consulta de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo/consulta de enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

Durante a evolução do conhecimento científico da Enfermagem, muitas teorias têm buscado consolidar o conhecimento produzido na disciplina, refletindo e pesquisando, com o intuito de responder à questão: qual o saber próprio da Enfermagem? No final da década de 1960, outras teóricas, percebendo que o saber expresso pelos princípios científicos era também dependente e não tinha natureza específica, incumbiram-se de construir um corpo de conhecimentos próprio para a Enfermagem, para desse modo lhe conferir o status de ciência (GOMES et al., 2007).

No campo da Enfermagem, existem diferentes teorias e modelos conceituais que procuram explicar os processos de promoção e educação para a saúde. Dentre eles, no desenvolvimento deste estudo, optou-se pelo “Modelo de Vida”, desenvolvido por Roper,

Logan e Tierney (1996), que é constituído pelos seguintes componentes: 1) Atividades de Vida, em número de doze; 2) Fatores que influenciam as atividades de vida: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos; 3) Etapas de vida; 4) Grau de dependência/independência; e 5) Individualidade da vida.

Segundo as referidas autoras, o Modelo de Atividades de Vida é amplo e flexível para ser usado como um enquadramento do processo de enfermagem em qualquer área da prática profissional, pois é considerado simples, de fácil compreensão, relevante e aplicável à prática da Enfermagem. Com esse modelo, pretende-se oferecer uma estrutura para a Enfermagem planejar uma abordagem individualizada, em todos os níveis das atividades de vida, aos clientes com idade mais avançada, que se encontram no domicílio, mas são atendidos na atenção básica de saúde.

Com o objetivo de facilitar a comunicação entre os enfermeiros e facilitar a implementação das fases do processo de enfermagem, foram desenvolvidos vários sistemas de classificação, o que promoveu um imenso avanço em toda a história de Enfermagem e um fortalecimento profissional (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a). Não obstante, houve a necessidade de desenvolver um sistema de classificação capaz de abranger os mais diferenciados contextos da prática de enfermagem, por meio da padronização da linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades dessa prática. Com esse objetivo, foi criada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), que reflete o crescimento da Enfermagem, visto que permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva, que garante a continuidade dos cuidados prestados pela equipe que trabalha nessa área.

Por esse prisma, destaca-se que, para a estruturação e a evolução do cuidado, no campo da Enfermagem, tem se tornado fundamental o uso de sistemas de classificação em enfermagem, especialmente da CIPE[®], que promove o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão, uma vez que favorece o reconhecimento profissional decorrente do registro e da qualidade do atendimento na prática, principalmente quando direcionado a áreas específicas do cuidado em enfermagem representadas pelos Subconjuntos terminológicos da CIPE[®], entendido como o conjunto de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. Os subconjuntos terminológicos por especialidade clínica têm sido desenvolvidos pelos enfermeiros de vários países, após o incentivo e estímulo do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE).

Por conseguinte, esta pesquisa vincula-se à CIPE[®], para colaborar com o CIE com a construção de um sistema de informação a ser usado como referência de linguagem unificada

e sistemática acessível aos enfermeiros de todos os países. Quando finalizado, esse Subconjunto terminológico da CIPE[®] contribuirá para o desenvolvimento de uma linguagem especial a ser empregada na área de Enfermagem, por meio da elaboração de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos, fortalecendo e ampliando os propósitos da profissão na assistência, de modo especial, para prevenir e promover a saúde para as pessoas idosas, bem como nas pesquisas de Enfermagem.

Imbuída da importância de se trabalhar na atenção básica com a consulta de enfermagem, fundamentada num modelo teórico e numa linguagem padronizada, como a CIPE[®], ingressei no Mestrado em Enfermagem e passei a fazer parte do grupo de pesquisadores do projeto *Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado*, que vem sendo desenvolvido pelos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, com os objetivos de avaliar a condição de vida, a qualidade de vida, o contexto e os recursos familiares e comunitários dos idosos, bem como diagnosticar as necessidades de cuidados dos idosos e familiares e identificar a prática de enfermagem na atenção básica ao idoso, visando traçar estratégias políticas de atenção a essa população. A minha participação neste projeto possibilitou ainda mais a ampliação dos conhecimentos sobre a prática de enfermagem, os sistemas de classificação e a saúde dos idosos, emergindo o interesse em colaborar com o CIE com a construção de um Subconjunto terminológico da CIPE[®] para idosos a ser usado como referência de linguagem unificada na atenção básica de saúde, no município de João Pessoa – PB.

Diante da situação apresentada, surgiram os seguintes questionamentos: A partir dos termos contidos no instrumento da pesquisa *Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado* pode-se construir afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para o idoso? Essas afirmativas podem ser estruturadas como um Subconjunto terminológico da CIPE[®] para o idoso?

Vale lembrar que venho direcionando o olhar contrário ao modelo biomédico, focando a família como fundamental no processo de prevenção e promoção da saúde e também o domicílio como cenário do cuidado. Acrescente-se a isso a afinidade pela temática e o desejo de alcançar a meta de contribuir para uma melhor qualidade no atendimento da atenção básica de saúde, com vistas às ações futuras, partindo do pressuposto de que os enfermeiros utilizam um modelo conceitual e um sistema de classificação da linguagem de enfermagem, contribuindo para a disseminação do conhecimento, o que, de fato, implicará na cientificidade da profissão.

Esta pesquisa, frente à inexistência de classificações específicas para as diversas áreas de atuação do enfermeiro, culminará na construção de um relevante recurso, de acordo com o modelo proposto pelo Programa CIPE[®], que viabilize a padronização de uma linguagem que seja direcionada para o grupo populacional que, mundialmente, mais apresenta crescimento.

Espera-se atender à necessidade prática, ora mencionada, com todos os benefícios do uso de uma linguagem profissional unificada para o campo da Enfermagem. Com este estudo, desejo contribuir para que a assistência de enfermagem seja sistematizada, com a implementação da consulta de enfermagem na atenção básica de saúde aos idosos.

2 Objetivos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram traçados os seguintes objetivos:

- Construir afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos residentes no município de João Pessoa – PB;
- Estruturar um Subconjunto terminológico da CIPE® para idosos no município de João Pessoa – PB, tendo como suporte teórico o Modelo de Atividades de Vida.

3 Revisão da Literatura

Nesta seção, serão abordados aspectos de cinco importantes assuntos relacionados ao estudo: envelhecimento populacional em números, envelhecimento *versus* velhice: definições, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Subconjuntos Terminológicos da CIPE® e o Modelo de Vida.

3.1 Envelhecimento populacional em números

Iniciado nos países desenvolvidos, no começo do século passado, o envelhecimento populacional só se tornou marcante, nos países em desenvolvimento, a partir de 1950, quando começou a promover mudanças marcantes no perfil demográfico, deixando de ser privilégio de poucos. O reflexo gerado por esse segmento que mais cresce em todo o mundo também tem alcançado o Brasil, com o acréscimo de 650 mil novos idosos por ano à população. Ao se transformar em fenômeno contínuo, passou a representar um imenso desafio, produzindo uma verdadeira revolução de longevidade, com tendência a perpetuar por várias décadas, tornando-se maior no Século XXI (PAPALÉO NETTO, 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; VERAS, 2009).

No Brasil, em 1980, a expectativa de vida ao se nascer era de 57,2 anos, para homens, e de 64,3 para mulheres. Em 1990, esses dados passaram para 59,3 e 65,8 anos, respectivamente. Em 2000, a expectativa de vida era de 64,8, para homens, e 72,5, para mulheres. Estimativas apontam que, entre 2045 e 2050, a expectativa de vida do brasileiro será de 76,9 anos de idade (FERRAZ; PEIXOTO, 1997; PESSINI, 2002; PESSINI; QUEIROZ, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de pessoas com sessenta anos ou mais teve um aumento da ordem de 45%, em relação a 1991, e que o grupo de pessoas que mais cresce é o acima de 75 anos, cerca de 50%. Essas mudanças no perfil populacional têm acarretado implicações tão amplas quanto complexas. O número de idosos aumentou em mais de cinco milhões, entre 1995 e 2005. Estima-se que essa população possa chegar a 34,3 milhões em 2050 (IBGE, 2006). Essa constatação, embora seja vista com satisfação pelo impacto oriundo do aumento da expectativa de vida, revela-se também preocupante, visto que tal mudança na composição populacional provoca consequências no âmbito social, cultural e epidemiológico inquietantes, hoje, e, talvez, alarmantes no futuro (PILGER, 2006).

O rápido crescimento da população idosa tem implicado em mudanças no perfil populacional. Em 1960, no Brasil, o número de idosos era de três milhões, que passou para

sete milhões em 1975 e, em 2008, aumentou para quase 700%, quando esse número passou para vinte milhões (VERAS, 2009).

Carvalho e Garcia (2003) definem o envelhecimento populacional como a mudança na estrutura etária da população responsável pelo aumento relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Para Ramos (1993), o envelhecimento populacional deve ser entendido como o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população à custa da diminuição da proporção de jovens nessa mesma população. “O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (CARVALHO; GARCIA, 2003, p.726), este tem afetado não apenas o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade (ALENCAR; CARVALHO, 2009).

As mudanças marcantes, que culminaram em ascensão demográfica devido ao atrelamento da queda acentuada e progressiva das taxas de fecundidade e mortalidade, tem tornado o fenômeno do envelhecimento populacional uma questão multifacetada na sociedade contemporânea (ALENCAR; BARROS JÚNIOR; CAVALCANTE, 2008).

3.2 Envelhecimento *versus* velhice: definições

Desde o início da civilização, o processo de envelhecimento continua sendo uma das preocupações da humanidade, mas, apesar de ser considerado um fenômeno comum a todos os seres vivos, ainda são inúmeros os pontos obscuros permeados pela dinâmica e natureza desse processo. Durante muito tempo, foi constante a dificuldade em relação ao conhecimento dos fatores que dizem respeito ao envelhecimento natural e, portanto, equivocadamente, foi caracterizado como um estado patológico, razão por que estimulou muito mais a tentativa de combatê-lo do que mesmo de entendê-lo. Frente a essa magnitude, não é interessante apenas conhecer o envelhecimento, mas compreendê-lo amplamente, em todas as nuances orgânicas, psíquicas e sociais (JACOB FILHO, 2005).

Não é possível fixar o início do envelhecimento, no entanto, pode-se, pelo menos, afirmar que sua manifestação ocorre pelo declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo. O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos

componentes estão intimamente relacionados (PAPALÉO NETTO, 2007). O que a velhice representa está em nós mesmos e na imagem que construímos (GUSMÃO, 2001).

É nessa fase em que todas as modificações provocadas no organismo tornam-se mais evidentes. As modificações biológicas são reveladas morfológicamente com o aparecimento de rugas, cabelos brancos, entre outras; as fisiológicas sofrem alterações quanto à funcionalidade orgânica; com mais complexidade, ocorrem as modificações psicológicas, porquanto, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada nova situação; e as sociais, quando se verifica que as relações sociais se alteram, em detrimento da diminuição da produtividade (SANTOS, 2010).

Compreende-se o envelhecimento como um processo natural, em que ocorre diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que, em condições normais, não provoca problemas (senescência). Contudo, em condições de sobrecarga - doenças, acidentes e estresse emocional - pode ocasionar uma condição patológica (senilidade), e o indivíduo passa a precisar de assistência (BRASIL, 2007).

Segundo Papaléo Netto (2002), o envelhecimento consiste em um processo dinâmico e progressivo, um *continuum*, que tem seu início na concepção e seu término com a morte. Guimarães (1999), contudo, afirma que o envelhecimento sucede a fase de maturidade do indivíduo, momento em que o organismo se encontra em um processo progressivo de perdas orgânicas. Outros estudiosos da área de Gerontologia afirmam que o envelhecimento só começa nos anos mais tardios da vida.

De acordo com Brasileiro (2005), no processo vital do ser humano, a evolução biológica é decisivamente afetada pela classe social, pelo grupo profissional, pela cultura e demais determinantes, encurtando ou prolongando a vida e permitindo que, em cada etapa, seja maior ou menor a possibilidade de conservação da saúde, aquisição de cultura e possibilidades de bem-estar social e individual.

Meireles et al. (2007, p. 70) afirmam que

Envelhecer pode ser definido como um processo consequente de alterações no organismo, manifestado de forma variável e individual. Pode se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, a velhice surge com a progressão do tempo, da idade adulta até o fim da vida.

Assim, conforme já exposto, o processo de envelhecimento é vivenciado de forma única por cada pessoa. É o resultado da interação de fatores hereditários, ambientais, da própria idade, do tipo de ocupação, da situação financeira e do estilo de vida, além de outros

aspectos. Segundo Maciel e Guerra (2007), o processo de envelhecimento trata-se de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, visto que engloba fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam a saúde dos idosos. O idoso responde mais lentamente e menos eficazmente às alterações ambientais, devido a uma deterioração dos mecanismos fisiológicos, tornando-se mais vulnerável (FARINATTI, 2002; PAPALÉO NETTO, 2007).

O ponto de entrada na velhice depende de aspectos que ultrapassam limiares da mera idade cronológica, visto que cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade. A velhice é construída paulatinamente a partir das variáveis biológicas, ambientais, sociais, culturais e econômicas. Como processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica necessariamente incapacitada porque envelhece, pois não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Por assim ser, a velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS et al., 2007).

Ainda de acordo com os autores ora mencionados, o grande desafio, portanto, é melhorar substancialmente os parâmetros de saúde necessários para uma boa qualidade de vida, conforme o aumento da expectativa de vida, já que, ao cuidar do idoso, não se devem focar ações na patologia, mas priorizar a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, respeitando a independência e propiciando a participação do sujeito idoso. Ressalta-se que essa perspectiva é corroborada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas finalidades são: recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, através do direcionamento de medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, é necessário abordar a velhice numa perspectiva heterogênea, desconstruindo a ideia tão elucidada de que “a velhice é igual para todos” e configurar que a assistência ao idoso deve ser diferenciada da atenção que recebem outros grupos etários, para que a velhice não seja apenas um fenômeno biológico, mas também psicossocial, posto que todos necessitam de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sociocultural em que estão inseridos. Para tanto, é imperativo que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam às necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que oferecem.

Concernente à Enfermagem, o ser humano é o ponto central, apresentado em todos os modelos de enfermagem como ser holístico, ou seja, biopsicossocial e espiritual, para que o cuidado alcance sua meta. No entanto, a organização do cuidado de enfermagem tornou-se atenção direcionada do enfermeiro (SOUZA, 2008). Frente a esse novo cenário, o enfermeiro envolve-se cada vez mais ao prestar assistência ao indivíduo e, para isso, passa a conhecer as necessidades específicas daquele mais envelhecido por meio de alguns atributos indispensáveis: capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, apreciação do idoso como pessoa única (individualização), competência clínica em práticas de enfermagem, conhecimento das alterações biopsicossociais e capacidade de trabalhar em equipe (ROACH, 2003). A prática de cuidados com as pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido.

Embora sejam múltiplas as alterações em decorrência do envelhecimento, um determinado sintoma recente e isolado pode não ter a mesma importância para a sua situação de saúde se não for devidamente associado aos demais problemas preexistente. Contudo é fundamental que, nessa vigência, o enfermeiro possa contextualizar cada uma das manifestações em função das características físicas e emocionais de cada pessoa idosa. Todavia, tem sido observado com maior frequência que durante a prestação de cuidados é dada uma maior evidência ao incômodo atual do que aos demais, aos quais já se tem o conhecimento (SILVA; DIAS; VITORINO, 2005).

Considerando os inúmeros aspectos envolvidos nesse processo a atenção à pessoa idosa precisa ser de modo abrangente, sobretudo, em busca, do bem estar físico, psíquico e social visando à melhoria da qualidade de vida. Destaca-se que a pessoa idosa possui potencial para mudar as situações de sua vida e a si mesmo buscando o sentir-se feliz, realizado e atuante em seu meio social (FREIRE, 2000; PAPALÉO NETTO, 2007).

Contudo, a fim de que, durante a operacionalização da assistência de enfermagem ao idoso, os registros utilizados sejam bem mais compreendidos e comunicados de forma eficaz, os enfermeiros de todo o mundo devem empregar uma linguagem padronizada, que possibilite a identificação das prioridades de saúde e propicie a melhoria da qualidade de vida.

3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®

Ao longo dos anos, tem havido a necessidade de construir um vocabulário próprio, consensual e objetivo para a prática de Enfermagem, de modo que além de permitir a sua definição como ciência proporcione aplicabilidade mais eficaz de seus princípios, métodos e técnicas. Para tanto, a construção de sistemas de classificação em Enfermagem sugere que o profissional dessa área utilize, em seu ambiente de trabalho, um vocabulário técnico próprio, constituído de termos inerentes à profissão, caracterizando uma linguagem especial, dada a mesma apresentação do sentido e significado. Isso leva ao favorecimento da qualidade de assistência e ao reconhecimento da profissão em todo o mundo, mediante a padronização de sua linguagem (NÓBREGA et al., 2003).

Dentre os sistemas de classificação existentes utilizados pela Enfermagem, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE). Foi construída, tendo como foco central a prática de enfermagem sendo descrita como um processo dinâmico, sujeito a mudanças, sobretudo, com a finalidade de universalizar a linguagem de enfermagem e evidenciar os elementos de sua prática – os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as ações de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A CIPE® tem como objetivos estabelecer uma linguagem comum, que represente a prática de enfermagem mundialmente, os conceitos da prática e os cuidados de enfermagem; possibilitar a comparação de dados de enfermagem entre populações; estimular a realização de pesquisas; propiciar dados sobre a prática, capazes de influenciar a educação em enfermagem e políticas de saúde; projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, a provisão de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de enfermagem. Para que isso ocorra, é necessário empregar termos que possam reproduzir um universo único de conhecimentos, posto que, assim, a comunicação ocorre de forma clara, precisa, objetiva e entendível por todos os que compõem a equipe de enfermagem, garantindo a continuidade dos cuidados (NÓBREGA; SILVA, 2008). Fornece capacidade para gerenciar os elementos críticos de enfermagem durante a documentação da prática de enfermagem (ICN, 2007).

A CIPE® é um instrumento de informação que descreve e proporciona dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se no âmbito mundial como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de

comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (ICN, 2007).

Teve seu início em 1986, quando um grupo de enfermeiros integrantes da *American Nurses Association* (ANA) e da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), depois de tentar incluir um esquema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem como sendo importante também para o cuidado de enfermagem, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), recebeu uma negativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considerou que a proposta enviada não representava a Enfermagem mundialmente, razão por que sugeriu que um órgão internacional de Enfermagem desenvolvesse um sistema de classificação para uniformizar e estabelecer uma linguagem comum que represente a prática de enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b).

Nesse sentido, as atividades para a construção de uma classificação internacional foram iniciadas em 1989, quando o CIE decidiu acrescentar às Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos uma Classificação de Problemas/Diagnósticos de enfermagem, de Intervenções de enfermagem e dos resultados de enfermagem, segundo recomendações da OMS (NIELSEN, 1996 *apud* NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b). Com a proposta aprovada e após a elaboração do projeto, as atividades para desenvolver um sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem foram iniciadas em 1991 (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a). A primeira delas foi o levantamento bibliográfico na literatura de Enfermagem e uma pesquisa realizada nas associações membros do CIE, para identificar os sistemas de classificação utilizados pelas enfermeiras (CIE, 1996).

Para o CIE (1996), o levantamento sobre as classificações existentes proporcionou os elementos iniciais para a primeira etapa quando os termos das classificações existentes foram trabalhados em termos das suas características para serem agrupados segundo elas. Em seguida ao desenvolvimento desse projeto, foram analisadas a CID-10, as classificações aceitas pela OMS, bem como os quatorze Sistemas de Classificações de Enfermagem identificados na pesquisa, com o intuito de identificar as denominações pertencentes à Enfermagem. Como resultado, em 1993, o CIE apresentou o documento intitulado *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice - ICNP*. Ele não é considerado a primeira versão da CIPE[®], mas uma listagem, em ordem alfabética, dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados esperados) identificados nesses sistemas (ICN, 1993).

Em 1996, o CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa - e declarou que a CIPE[®] consistia em um vocabulário, uma nova classificação para a Enfermagem e uma estrutura na qual podiam ser cruzados os vocabulários e as classificações existentes, permitindo a comparação de dados de enfermagem reconhecidos (ICN, 1996). Esse lançamento representa um marco unificador, um início de mudança na história da Enfermagem. Durante a construção da Versão Alfa, foram estabelecidos os pilares de sustentação de toda a estrutura da CIPE[®]. Para isso, usaram-se três pirâmides conceituais, estabelecidas após a identificação dos termos utilizados nas classificações, os quais foram agrupados conforme características comuns; em seguida, foi feita uma compilação sistemática, gerando duas das três pirâmides conceituais – classificação dos fenômenos de enfermagem e classificação das intervenções de enfermagem (CIE, 1996; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Segundo o CIE (1996), a CIPE[®] Versão Alfa teve o objetivo de incentivar observações, comentários e críticas para que uma nova Versão fosse construída como uma matriz unificadora, em que as taxonomias fossem identificadas, a linguagem das práticas clínicas de enfermagem fosse uniformizada e incluída na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde.

Em 1998, a Equipe de desenvolvimento da CIPE[®] apresentou novas decisões no desenvolvimento do modelo experimental da Versão Beta, que seria um modelo multiaxial, ou seja, permitiria mais de uma divisão do termo superior (*top term*) e combinações dos conceitos das distintas divisões e eixos, que proporciona mais solidez à classificação e serve de base para diversificar a expressão dos conceitos necessários em uma classificação internacional (ICN, 1999).

Ao trabalharem com a CIPE[®] Versão Beta, os enfermeiros recomendaram algumas alterações que levaram à revisão culminando, em 2001, com outra publicação: CIPE[®] Versão Beta 2. As alterações fundamentais foram de natureza gramatical, mudanças ou correções de códigos e correções de definições (ICN, 2001). Nessa Versão, tanto a classificação dos fenômenos de enfermagem quanto a classificação das ações de enfermagem foram estruturadas em oito eixos.

O Grupo de Aconselhamento Estratégico para a CIPE[®] recomendou ao CIE, em 2002, que procedesse a uma averiguação para tomar conhecimento sobre qual *software* poderia ser usado para dar suporte ao complexo desenvolvimento da CIPE[®], assim como a sua manutenção. Durante esse estudo, houve a participação de líderes mundiais em relação

aos vocabulários de cuidados de saúde, com o propósito de assegurar que a CIPE[®] Versão 1.0 fosse consistente com as normas de vocabulários. Suas principais recomendações emergidas foram proporcionar uma base mais formal para a CIPE[®] e usar *software* capaz de satisfazer às necessidades atuais e propiciar alguns critérios para um vocabulário completo e viável, a fim de que, desse modo, fossem evitadas redundância e ambiguidade de termos, como também se assegurasse que os códigos associados aos termos, em um vocabulário, não refletissem a estrutura hierárquica do vocabulário, pois esses critérios não eram consistentes nas Versões Beta e Beta 2 da CIPE[®] (ICN, 2005).

No 23º Congresso Quadrienal do CIE, em Taiwan, realizado em julho de 2005, foi lançada a CIPE[®] Versão 1.0, que é mais do que meramente um vocabulário, é um recurso que pode acomodar vocabulários existentes, por meio do cruzamento mapeado com a possibilidade de ser usado para desenvolver novos vocabulários como uma terminologia composicional e que pode identificar a relação entre conceitos e vocabulários como uma terminologia de referência. O CIE destaca que, a partir dessa versão, a CIPE[®] passa a ser definida como um sistema de linguagem unificado de Enfermagem; uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes (ICN, 2005).

A CIPE[®] Versão 1.0 reflete as principais reformulações na direção de tornar os sistemas de classificação tecnologicamente mais fortes e acessíveis ao uso dos enfermeiros. A principal razão do desenvolvimento de um sistema unificado da linguagem de enfermagem consiste em oportunizar a comunicação e a comparação de dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas. Esses dados podem ser utilizados como base na tomada de decisão para avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, bem como para desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimento pela investigação (ICN, 2005). A maior meta do Programa CIPE[®] para com a CIPE[®] Versão 1.0 é o seu uso para descrever e comparar a prática de enfermagem internacionalmente (ICN, 2007).

É definida como uma terminologia combinatória da prática de enfermagem, que possibilita o mapeamento cruzado de condições locais, de vocabulários e de classificações já existentes. Não foi construída como um vocabulário em si, mas como um recurso que consegue acomodar os vocabulários existentes, que pode ser usada para desenvolver vocabulários novos e identificar quaisquer relações entre eles. É mais do que um vocabulário; está para além de uma estrutura multiaxial simples, pelo fato de utilizar uma abordagem lógica de descrição. Deve conseguir harmonizar e promover um sentido para as múltiplas

necessidades de terminologia dos enfermeiros. Portanto, a CIPE[®] Versão 1.0 deve ser capaz de representar os vocabulários existentes usando a CIPE[®]; continuar a suportar uma representação multiaxial; facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais a partir da CIPE[®] e identificar semelhanças e diferenças entre as diversas representações, comparando e combinando dados de diversas fontes (ICN, 2005).

De acordo com o CIE (ICN, 2005), a CIPE[®] Versão 1.0 é composta por 1.658 termos, que se encontram distribuídos em sete eixos, os quais são destinados à composição das afirmativas diagnósticas, de resultados e de intervenções, com a possibilidade de serem organizadas em grupos significativos para a prática da enfermagem e para os catálogos da CIPE[®], que são definidos como subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e direcionados para uma área ou mesmo uma especialidade da prática, no desenvolvimento de sistemas manuais ou eletrônicos de registros de pacientes, com a vantagem de serem parte de um sistema de linguagem unificado.

A CIPE[®] Versão 1.0 trouxe uma contribuição relevante dos enfermeiros de todo o contexto mundial e das iniciativas advindas do Comitê de Avaliação da CIPE[®]. O seu uso progressivo, na prática profissional, resultará em fácil compreensão, tanto para os profissionais quanto para os sistemas de informação, e poderá retificar os problemas que ocorreram na CIPE[®] Versão Beta 2, como duplicação e ambiguidade de termos existentes nos diferentes eixos, por meio da utilização do Modelo de Sete Eixos, na elaboração de afirmativas de diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem (ICN, 2005).

A CIPE[®] Versão 1.0 é considerada uma classificação multiaxial, constituída por eixos que, quando utilizados, possibilitam a combinação dos conceitos dos termos neles existentes, proporcionando mais solidez à classificação e, conseqüentemente, uma maior diversificação da expressão de seus conceitos (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Seu modelo pode ser considerado um recurso capaz de acomodar vocabulários atuais e novos termos, utilizando-se de uma terminologia, além de possibilitar a composição de afirmativas de diagnósticas, de intervenções e de resultados de enfermagem com base nas necessidades de cuidados do paciente (ICN, 2005; NÓBREGA; SILVA, 2008).

Os eixos que constam nessa classificação são definidos pelo CIE como: **Foco**: área de atenção que é relevante para a Enfermagem, tem 816 termos, por exemplo: dor, eliminação, estupro, comunicação, insônia; **Julgamento**: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem, composto por 34 termos - Exemplos: melhorado, interrompido; **Meios**: uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção,

composto por 269 termos - Exemplos: bolsa de colostomia, fralda, coletor de urina; **Ação**: um processo intencional aplicado a um cliente, composto por 214 termos - Exemplos: trocar, promover, tranquilizar, melhorar; **Tempo**: o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência, composto por 60 termos - Exemplos: admissão, frequente, raramente; **Localização**: orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções, composto por 238 termos - Exemplos: abdome, escola, posterior; **Cliente**: sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção, composto por 27 termos - Exemplos: recém-nascido, cuidador, família.

Essa versão da CIPE[®] atende os preceitos da norma ISO 18.104: Modelo de Terminologia de Referência da Enfermagem, da Organização Internacional para Normalização, publicada em 2003, que tem como objetivo estabelecer um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem de modo coerente com as metas e os objetivos das terminologias em saúde, uma vez que apresenta os descritores mínimos obrigatórios para a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem e mais outros descritores para detalhá-los mais adequadamente (ICN, 2005).

Com a ISO 18.104 e o Modelo de Sete Eixos, ficou mais fácil elaborar afirmativas de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Mas o CIE (2007) definiu que, para compor afirmativas/enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem, deve-se adotar o critério de utilizar um termo do **Eixo Foco** e um termo do **Eixo Julgamento**, podendo, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos **Eixos Foco, Julgamento** ou de outros eixos. Para compor as intervenções de enfermagem, recomenda-se incluir um termo do **Eixo Ação** e, pelo menos, um termo **Alvo** (pode ser um termo de qualquer um dos eixos, exceto do Eixo Julgamento) e, se necessário, incluir termos adicionais do **Eixo Ação** ou de outro qualquer.

Ressalte-se, todavia, que não existem classificações específicas para todas as áreas de atuação do enfermeiro, mas o CIE – responsável pela construção da CIPE[®] – precisa coletar e codificar termos utilizados pela Enfermagem em clientes e áreas específicas, organizando e criando os subconjuntos terminológicos (ICN, 2005). A utilização da CIPE[®] Versão 1.0 deverá facilitar o envolvimento dos sistemas de informação em saúde e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos direcionados tanto a clientela específicas – indivíduo, família e comunidade – quanto à prioridades de saúde específicas relacionadas a condições de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado e fenômenos de enfermagem, além do mapeamento cruzado com as demais terminologias (ICN, 2007).

Em 2008, foi apresentada a CIPE[®] Versão 1.1, disponível apenas *on line*, e aceita como parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde. O corpo dessa versão traz a inclusão de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Essa inclusão foi resultado dos esforços de enfermeiros de todo o mundo para construir os Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®], destinados a uma determinada área da prática profissional (ICN, 2008).

A CIPE[®] Versão 2 foi lançada em julho de 2009, durante o Congresso do CIE, em Durban, na África do Sul. Representou o trabalho de inúmeros enfermeiros e outros especialistas durante os últimos vinte anos. Está refinada e com novos conteúdos, incluindo vários conceitos pré-combinados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Inicialmente, foi disponibilizada apenas *on line*, por meio do *browser* (fornece aos usuários e a outros que estejam interessados nas opções da CIPE[®] a navegar e pesquisar a terminologia), que pode ser consultado no *site* do CIE (<http://www.icn.ch/icnp>). Em abril de 2011, foi publicada em formato de livro (ICN, 2011). Em maio de 2011, durante o Congresso do CIE, realizado na Ilha de Malta, foi lançada e disponibilizada apenas no formato eletrônico a CIPE[®] 2011, mas com o *browser*, que permite a sua tradução para várias línguas, entre elas, o português.

O desenvolvimento da CIPE[®] é um processo contínuo, e sua implementação continua a se expandir em diversos contextos clínicos, populacionais e geográficos, identificando as contribuições particulares da prática de enfermagem.

3.3.1 Subconjuntos terminológicos da CIPE[®]

A CIPE[®] é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos e definições. Por conseguinte, a partir do seu uso, a documentação da assistência de enfermagem reforça, de modo sistemático, a segurança e a qualidade do atendimento. Para facilitar a simplicidade de utilização, o CIE está desenvolvendo Subconjuntos terminológicos da CIPE[®] para um grupo de clientes e/ou prioridade de saúde selecionados. Ressalta-se que esses Subconjuntos não substituem o julgamento de enfermagem nem o processo de tomada de decisão, mas sempre serão essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às suas famílias, como uma referência acessível para os enfermeiros, contendo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uma determinada área selecionada ou de especialidade do cuidar em enfermagem com propósitos específicos. Os

Subconjuntos terminológicos da CIPE[®] também podem suprir necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico do paciente, como parte de sistema de linguagem unificado (ICN, 2007).

Nesse contexto, é necessário o envolvimento de enfermeiros de todo o mundo, durante esse processo, longo e contínuo, que facilitará a padronização da linguagem de enfermagem, o monitoramento da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, a construção de banco de dados e, conseqüentemente, o estabelecimento de padrões de cuidados que possam ser utilizados em qualquer parte do mundo (ICN, 2007).

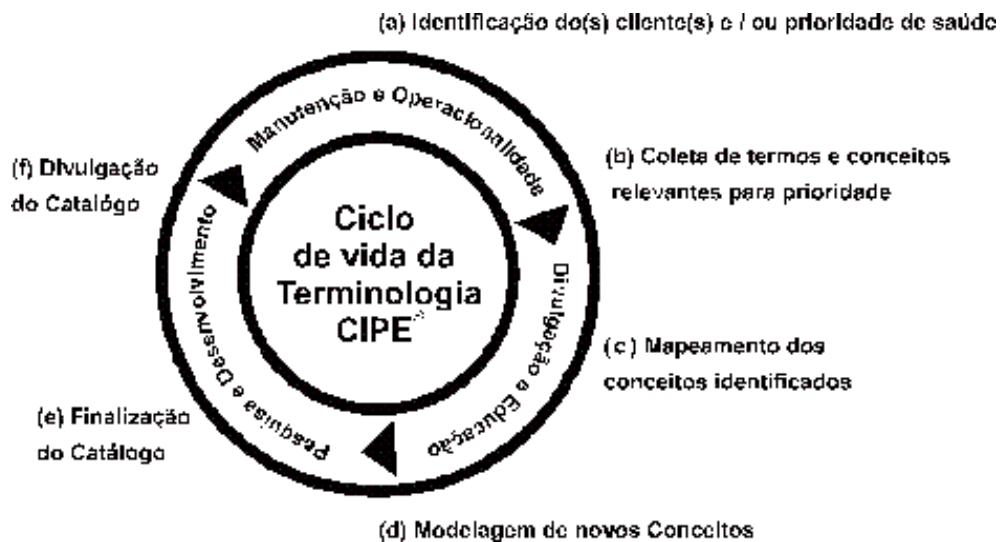
Em 2007, o CIE apresentou uma metodologia para o desenvolvimento de Catálogos CIPE[®], contendo dez passos, a saber: 1) Identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) Documentar a significância para a Enfermagem; 3) Contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no Catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) Usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.1 para compor as afirmativas de resultados e intervenções de enfermagem; 5) Identificar afirmativas adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) Desenvolver conteúdo de apoio; 7) Testar ou validar as afirmativas do Catálogo em dois estudos clínicos; 8) Adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) Trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do Catálogo; e 10) Auxiliar o CIE na disseminação do Catálogo (ICN, 2007; BARTZ et al., 2007; COENEN, 2007; HARDIKER; JANSEN, 2007).

A partir das experiências no desenvolvimento de Catálogos CIPE[®], o CIE apresentou um modelo de processo de desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®] em substituição aos Catálogos CIPE[®]. Esse processo envolve os três principais componentes do ciclo de vida da terminologia CIPE[®] e seis etapas, assim distribuídas: 1) Desenvolvimento e pesquisa: a) Identificação do(s) cliente(s) e prioridade de saúde; b) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade; 2) Operacionalidade e manutenção: c) Mapeamento dos conceitos identificados com a terminologia da CIPE[®]; d) Modelagem de novos conceitos; 3) Divulgação e educação: e) Finalização de um catálogo; f) Divulgação do Catálogo (Figura 1). O desenvolvimento dessas etapas necessita da colaboração de peritos e especialistas em todo o mundo, quanto ao domínio da terminologia clínica, para se tornar uma fonte de recurso terminológico (COENEN; KIM, 2010).

Para desenvolver um Subconjunto Terminológico da CIPE[®], o passo inicial, conforme já mencionado, é identificar o cliente ou conjunto de clientes, bem como uma prioridade de

saúde. Os clientes incluem indivíduos, famílias e comunidades para quem são direcionadas as intervenções de enfermagem (ICN, 2005). São consideradas prioridades de saúde quando for relacionada, pelo menos, uma das três áreas: condições de saúde, especialidades de saúde e o fenômeno de interesse da área.

Figura 1 – Relacionamento entre o ciclo de vida da Terminologia CIPE® e o desenvolvimento de Subconjuntos terminológicos.



Fonte: Coenen; Kim (2010)

Os Subconjuntos retratam a realidade da prática de enfermagem e são destinados a especialistas clínicos. Contudo, uma prioridade de saúde pode ser considerada variável de um país para outro, dependendo da cultura dos clientes. Portanto, requer uma perícia. No início do desenvolvimento do Subconjunto, especialistas clínicos são convidados a participar como revisores (COENEN; KIM, 2010). Após a coleta de termos e conceitos relevantes para o cliente e/ou a prioridade de saúde, o passo seguinte é o mapeamento com a CIPE®. Isso não impossibilita que um termo esteja presente em vários Subconjuntos Terminológicos da CIPE®.

As afirmativas diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, uma vez construídas, devem ser submetidas ao processo de validação por grupos de peritos. Depois desse processo, os Subconjuntos Terminológicos da CIPE® devem ser divulgados em formato eletrônico, por meio do site da CIPE® (<http://www.icn.ch/icnp/>), ou em formato impresso, ficando disponível no *ICN Book Shop* (<http://icn.ch/store/www.book/html#cipe>), para facilitar a divulgação desse recurso para os enfermeiros de todo o mundo (ICN, 2008).

São consideradas prioridades para o desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE®: promoção da adesão; cuidado domiciliar para portadores de

HIV/AIDS; cuidado ambulatorial de portadores de câncer; enfermagem em saúde da família; saúde da mulher; incontinência urinária; saúde mental de adolescentes do sexo feminino (JANSEN, 2007). Até o momento, foram desenvolvidos três Subconjuntos para diferentes prioridades de saúde: o Catálogo CIPE[®] para Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento, o Catálogo CIPE[®] para Cuidados paliativos para uma morte digna, e o Catálogo CIPE[®] C-HOBIC, resultante de um projeto da Associação de Enfermeiros do Canadá: resultados de saúde para uma melhor informação e cuidados (COENEN; KIM, 2010).

No Centro CIPE[®] do PPGENF/UFPB, já foram desenvolvidas duas propostas de Catálogos CIPE[®]: um para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, e outro para dor oncológica. O Catálogo CIPE[®], para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, foi desenvolvido por se considerar que, atualmente, a insuficiência cardíaca é uma condição endêmica e uma das principais causas de internação hospitalar no Brasil em pacientes acima dos 65 anos. Um dos principais propósitos do trabalho desenvolvido foi o de organizar o cuidado com o cliente portador de insuficiência cardíaca congestiva, seguindo os principais sinais e sintomas relacionados a ICC - taquicardia, dispneia, edema e congestão (ARAÚJO, 2009).

No Catálogo CIPE[®] para dor oncológica, as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem estão distribuídas de acordo com o modelo de dor oncológica desenvolvido, que se baseia em aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais da dor. As afirmativas desenvolvidas contemplam todos os aspectos, mas deve ficar claro que é um guia que deve ser seguido pelos enfermeiros, mas não dispensa a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão (CARVALHO, 2009). Os resultados obtidos com a construção desses dois Catálogos serão testados com a realização de estudo de validação de conteúdo e clínico nas áreas para as quais foram elaborados.

Encontra-se ainda em desenvolvimento, no referido Centro, além dessa proposta de um subconjunto terminológico CIPE[®] para idosos, um subconjunto terminológico da CIPE[®], para pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, e um subconjunto terminológico da CIPE[®] para paciente diabético hospitalizado. O Centro, por intermédio de sua diretoria, ainda presta assessoria em vários Estados brasileiros onde estão sendo desenvolvidas outras propostas de subconjunto terminológico da CIPE[®], relacionadas à saúde indígena, à amamentação, aos cuidados em reabilitação, à neonatologia, à obstetrícia e à sistematização da prática de enfermagem na atenção básica (GARCIA; NÓBREGA, 2011).

3.4 Modelo de atividade de vida

Para a proposta do subconjunto terminológico CIPE[®] para idosos, objeto deste estudo, escolheu-se, entre as diferentes teorias e modelos conceituais da Enfermagem, o “Modelo de Vida” (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1996), desenvolvido inicialmente por Nancy Roper, na década de 1970, e em revisões posteriores, foram incluídas as enfermeiras Winifred Logan e Alison Tieney.

Na construção desse modelo as suas autoras buscaram a identificação da essência do conhecimento da Enfermagem, a partir das experiências de ensino de enfermagem nas várias especialidades, da realização de uma extensiva revisão da literatura sobre o atendimento dos pacientes nos hospitais e em outras situações, que permitiram a determinação da existência de atividades essenciais da vida diária (McEWEN; WILLS, 2009).

Na elaboração do modelo teórico, as autoras partiram dos seguintes pressupostos: o modo como cada um realiza as atividades de vida contribui para a individualidade de vida; a vida pode ser descrita como um conjunto de atividades de vida; o indivíduo é avaliado em todos os estádios do ciclo de vida; até a idade adulta, o indivíduo tende, gradualmente, a se tornar cada vez mais independente nas atividades de vida; enquanto que a independência nas atividades de vida é valorizada, a dependência não deverá reduzir a dignidade do indivíduo; o conhecimento, as atitudes e os comportamentos do indivíduo, relacionados com as atividades de vidas são influenciados por uma variedade de fatores que se podem categorizar, como: físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos; o modo como cada indivíduo realiza as atividades de vida pode oscilar dentro de certos limites, considerado normal para aquela pessoa; durante o ciclo de vida, a maioria dos indivíduos vivencia fatores significativos que podem afetar o modo como realizam as atividades de vida e originar problemas reais ou potenciais; o conceito de problema potencial incorpora a promoção e a manutenção de saúde, a prevenção de doença e identifica o papel do enfermeiro como um educador para a saúde, mesmo numa situação de doença; no contexto de cuidar, o enfermeiro trabalha em estreita colaboração com o indivíduo que, salvo circunstâncias especiais, é uma pessoa autônoma e com poder de decisão; a enfermeira faz parte de uma equipe multiprofissional, que trabalha para o benefício do paciente e para a saúde da comunidade; a função específica da Enfermagem é ajudar o indivíduo a prevenir, avaliar e resolver os problemas relacionados às atividades de vida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

Para as referidas teóricas o Modelo de Atividade de Vida é constituído pelos seguintes componentes: 1) Atividades de vida, distribuídas em doze, cada uma com várias dimensões de

extrema complexidade e intimamente relacionadas entre si: manter o ambiente seguro, respirar, alimentação, eliminação, comunicação, higiene pessoal e do vestuário, controlar a temperatura corporal, trabalhar e divertir-se, mobilidade, exprimir a sexualidade, dormir e morrer. 2) Fatores que influenciam as atividades de vida: biológicos – relacionam-se com o desempenho anatômico e fisiológico do corpo humano; psicológicos – integram a vertente intelectual e emocional; socioculturais – abrangem os aspectos espiritual, religioso, ético e cultural; ambientais – abarcam o que é fisicamente externo às pessoas; e político – econômicos, que integram os aspectos legais e financeiros. 3) Etapas de vida – existe uma mudança contínua, na realização das atividades de vida, condicionada pelas circunstâncias físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-econômicas, encontradas ao longo da vida e pelo grau de dependência/independência do indivíduo. 4) Grau de dependência/independência, relacionado às atividades de vida, às etapas de vida e às circunstâncias ou fatores com que cada um se confronta ao longo da vida; 5) Individualidade da vida – é o produto da influência de todos os componentes do modelo e da sua interação complexa sobre as atividades de vida, que produz uma mistura única, que determina a individualidade, a vida tal como é vivida por cada indivíduo, unidade familiar, ou comunidade. A individualidade da existência manifesta-se pelo modo como os indivíduos realizam cada uma das suas atividades de vida, de acordo com o estágio do ciclo vital atingido e a localização no contínuo dependência/independência.

Desta forma, os conceitos centrais do modelo são atividades da vida, o ciclo de vida, a continuidade da dependência/independência e os fatores que influenciam as atividades da vida, além dos quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem: pessoa, saúde, enfermagem e ambiente, que serão descritos a seguir.

A pessoa é considerada um sistema aberto que, em relação permanente com o seu meio ambiente, adapta-se, cresce, desenvolve-se, caminha para a independência e caracteriza-se pelas atividades de vida que realiza. O homem começa na concepção e vai até a morte, tendo como principal objetivo atingir a autossatisfação e o máximo de independência em cada atividade de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontra (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000). Neste estudo, a pessoa é o idoso com 60 anos ou mais, residente no domicílio e que faz atendimento de saúde na atenção básica.

A Saúde não é uma situação estática, porquanto evolui em função da capacidade econômica, social, cultural e dos estilos de vida da sociedade em que o homem está inserido (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000). As teóricas consideram que não há um estado de saúde absoluto, mas é o indivíduo que julga de uma forma subjetiva, se está bem ou mal. Saúde e

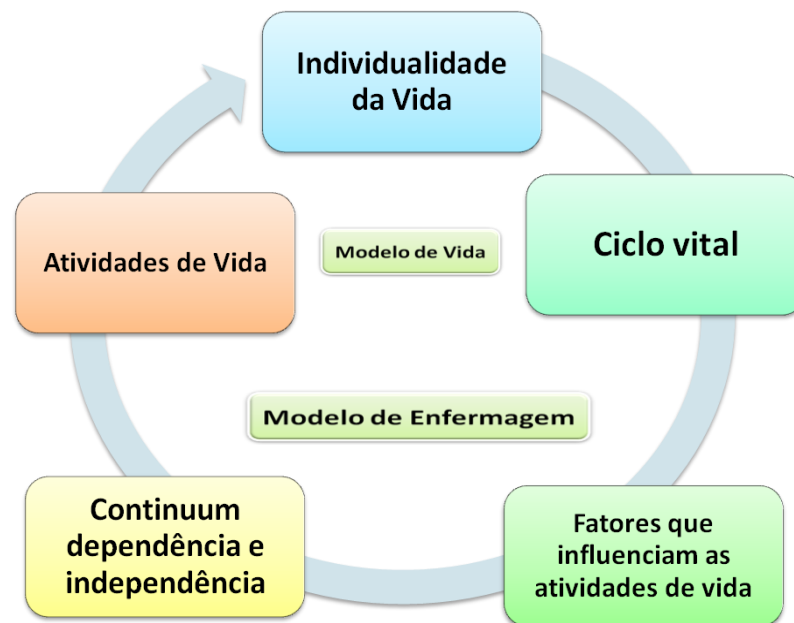
doença não existem isoladamente, dependem de vários fatores que, individualmente ou em conjunto, influenciam e determinam saúde ou doença. Entre esses fatores, encontram-se os sociais, os culturais, os ambientais, os psicológicos, os políticos e os econômicos. Portanto, a saúde refere-se ao modo como a pessoa realiza as atividades da vida, em interação com os cinco fatores, no *contínua* dependência/independência.

Ao propor um conceito para Enfermagem, as autoras tomaram como parâmetro o conceito proposto por Virgínia Henderson, que considera a Enfermagem como um modo de ajudar cada indivíduo a evitar, resolver, aliviar ou enfrentar os problemas relacionados às atividades de vida, que têm diversas origens e tanto podem ser reais quanto potenciais. Quando o indivíduo não é capaz de ser independente em algumas das atividades de vida, e a família não consegue assegurar essas necessidades, a Enfermagem existe para substituí-lo ou ajudá-lo a realizá-las, com o objetivo de torná-lo independente o mais precocemente possível e atingir o seu estado de saúde. Para que o enfermeiro desempenhe o seu papel eficazmente, deve conhecer os fatores que referenciam as atividades de vida e o desenvolvimento progressivo ao longo da vida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

O conceito ambiente não foi definido explicitamente no modelo. Mas, é possível identificar nos textos que descrevem o modelo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000; McEWEN; WILLS, 2009), que o ambiente, por si só, poderá por em risco a saúde, a segurança e a própria vida do indivíduo, e que o indivíduo, em cada fase do seu ciclo de vida, está sujeito a riscos próprios do ambiente, que deverão ser conhecidos, a fim de se evitarem.

Na construção do Modelo de Vida, suas autoras foram influenciadas pelo trabalho de Henderson e Orem e pela Teoria Geral dos Sistemas. Esse modelo tem como núcleo a pessoa e é constituído por cinco componentes em permanente interação: as atividades de vida, o ciclo vital ou etapas da vida; o grau de dependência/independência; os fatores que influenciam as atividades de vida e a individualidade de vida. Esses componentes são comuns a ambos os modelos. Só o quinto componente no modelo de vida difere dos demais pela inclusão da *individualidade da vida* e, no modelo de enfermagem, pela *enfermagem individualizada* (McEWEN; WILLS, 2009). (Figura 1) A seguir será discutido cada um dos componentes do Modelo de Vida.

Figura 2 – Diagrama representativo do Modelo de Vida e do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney.



Fonte: PEREIRA (2010)

Atividades de vida

Segundo Pereira (2010), no desenvolvimento do Modelo as teóricas optaram pelo conceito de *atividade de vida* ao invés de *necessidades humanas básicas*, pois consideraram que seria menos difícil descrever o comportamento da pessoa em relação às atividades de vida, com a vantagem de poderem ser observadas e descritas de uma forma mais explícita e, em certas circunstâncias, objetivamente medidas e serem uma medida indireta das necessidades.

O modelo encara os indivíduos como aptos a realizarem doze atividades de vida básicas, quais sejam: manter o ambiente seguro, respirar, alimentação, eliminação, comunicação, higiene pessoal e do vestuário, controlar a temperatura corporal, trabalhar e divertir-se, mobilidade, exprimir a sexualidade, dormir e morrer. Essas atividades, dependendo do estágio no decorrer da vida, podem ou não ser realizadas pelas pessoas. Embora as autoras assumam alguma dificuldade em determinar uma ordem de prioridades entre as atividades de vida, visto que o caráter mais ou menos prioritário de cada um é contextual e varia de circunstância e de indivíduo para indivíduo, a atividade de vida “respirar” parece assumir maior importância visto que todas as restantes dependem dessa

função (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000). Essas atividades serão descritas a seguir, tendo como base o trabalho de Roper, Logan e Tierney (2000).

Manter um ambiente seguro - É uma atividade de caráter preventivo. O indivíduo procura realizar, em seu dia a dia atividades que, de uma forma ou de outra, contribuam para a preservação de um ambiente seguro e, embora se trate de rotina, realizam-se quase sem esforço consciente. Exemplos de algumas medidas de segurança são as que evitam acidentes no lar e as que protegem contra os incêndios. Algumas pessoas, para além de garantir a própria segurança, procuram garantir que as futuras gerações tenham um ambiente tão seguro quanto possível.

Respirar - A primeira atividade de um recém-nascido é respirar, considerado um ato inerente à vida. O oxigênio é, sem dúvida alguma, indispensável para todas as células cerebrais, e a sua privação poderá levar a lesões graves e irreversíveis. Conseqüentemente, todas as atividades de vida, bem como a própria, são absolutamente dependentes da respiração.

Alimentação - A vida humana não poderá ser mantida durante muito tempo se o indivíduo não receber alimentos, razão por que, tal como a respiração, é também uma atividade essencial à vida, que põe em causa a própria sobrevivência e o crescimento. Os fatores socioculturais influenciam a forma como as refeições são tomadas e a seleção dos alimentos e das bebidas.

Eliminação - É considerada uma atividade essencial à vida. Consideram-se, nessa atividade, a eliminação vesical e a intestinal. A eliminação tem como objetivo extinguir os produtos resultantes do catabolismo orgânico. Deverá proceder-se ao registro da forma como a pessoa habitualmente mantém a função dos intestinos e da bexiga. A aquisição de controle voluntário sobre a eliminação é marco importante para o desenvolvimento da pessoa nos primeiros anos de vida.

Comunicação - O homem é, por natureza, um ser social, e a comunicação com o outro é uma constante e pode assumir várias formas. Pode ser verbal ou não verbal. Tendo em conta esses princípios, compreendemos como a comunicação pode assumir o papel de promotora da interação interpessoal e o relacionamento entre as pessoas. Esses são aspectos fundamentais para a vida. A comunicação e a interação que o enfermeiro estabelece entre o indivíduo e a sua família são meios de intervenção por excelência, não só para restabelecer a comunicação e a interação da pessoa com os outros, como também para diagnosticar e identificar dificuldades que ele sente.

Higiene pessoal e vestuário - A higiene pessoal e os hábitos de vestir dependem da cultura e de cada pessoa, mas, independentemente desses fatores, essa atividade, quando realizada

correta e convenientemente, pode prevenir muitas doenças. O tipo de vestuário utilizado depende da personalidade de cada indivíduo, visto que é, ao mesmo tempo, uma forma de comunicação não verbal.

Controlar a temperatura do corpo - O homem consegue autorregular a temperatura do seu corpo, mantendo-a constante. Essa capacidade permite manter processos biológicos relacionados ao seu metabolismo e contribuir para a promoção do seu bem-estar, considerando-se as variações da temperatura nos diversos ambientes onde vive. Apesar de o corpo autorregular a sua temperatura, por vezes, o homem é obrigado a desenvolver atividades que evitem os riscos provocados pelo calor ou pelo frio.

Trabalhar e divertir-se - Trabalhar é um ato por meio do qual se desenvolve qualquer atividade remunerada. São aspectos fundamentais dessa atividade: o sentido de fazer parte de grupos de trabalho e lazer, as satisfações do desafio, o sucesso e a prevenção do tédio.

Mobilidade - É a atividade que está presente em todas as outras. É tão importante que pode ser relacionada à respiração, à alimentação, ao trabalho, ao lazer, entre outros. Quando está afetada por longo período, sua falta é sentida em todos os níveis, quer psicológico, físico, social, econômico ou cultural.

Expressar a sexualidade - A expressão da sexualidade está ligada à idade, à etapa de desenvolvimento, à cultura e à sociedade onde o indivíduo está inserido. A feminilidade e a masculinidade são refletidas no espaço físico e na força, no estilo de vestuário, nos papéis familiares, sociais, nos relacionamentos e nas escolhas relativas ao trabalho e ao lazer.

Dormir - Os aspectos biofisiológicos do sono e o repouso dependem da idade e do estado de saúde do indivíduo. O tempo de sono difere de indivíduo para indivíduo. Sem sono ou privadas de repouso, as pessoas sentem mal-estar e podem adoecer.

Morrer - A morte é a última etapa do ciclo de vida. É a grande certeza que dá lugar a muitas e variadas formas de encará-la, dependendo das culturas e das formas de realização dos indivíduos. A reação à morte dos entes queridos dá lugar a um sentimento de desgosto, que pode assumir o papel de atividade ligada à morte. Esse sentimento faz parte do processo de luto, do qual se espera a resolução e a compreensão da morte do ente querido, que dará lugar à coragem para continuar a viver.

O modelo identifica, ainda, três tipos de atividades inter-relacionadas entre si e com as atividades de vida: atividades preventivas, que são empregadas para prevenir certos acontecimentos que alteram a vida, tais como as doenças e os acidentes; atividades de conforto, que são realizadas com o objetivo de dar bem-estar físico, psíquico e social; e atividades de pesquisa as que se realizam com o objetivo de adquirir conhecimentos.

Ciclo vital/Etapas da vida

O ciclo vital representa o trajeto que o indivíduo faz desde a concepção até à morte e é constituído por seis estádios: pré-natal, primeira infância, segunda infância, adolescência, idade adulta e velhice. Essa trajetória é vivida numa lógica de maior ou menor dependência/independência nas atividades de vida. Porém, o nascimento não ocorre como atividade de vida, o que não acontece com a morte (PEREIRA, 2010).

Cada pessoa tem as suas etapas de vida desde a concepção até à morte, que são representadas em diagrama, como um segmento de reta que indica a direção desse movimento. À medida que cada pessoa vai percorrendo o seu ciclo de vida, é influenciada por um processo de desenvolvimento que produz alterações. Associada a esse processo, regista-se uma evolução intelectual, psíquica, social e emocional, integrada numa série de fases que constituem o ciclo vital.

Grau de dependência/independência

Esse é um componente do modelo que se relaciona, principalmente, com o ciclo vital e com a capacidade de o indivíduo realizar as suas atividades de vida, progredindo de uma situação de dependência total, na maioria das atividades de vida, na primeira infância, para uma progressiva independência até à idade adulta, tendendo na última fase do ciclo vital – velhice – para um maior grau de dependência (PEREIRA, 2010). Cada indivíduo vive um *continuum* dependência/independência para cada atividade de vida, em que podem existir etapas da vida em que, por influência de variados fatores, a pessoa não possa realizar todas as atividades de vida de forma independente. No entanto, nem todos os indivíduos nascem com o mesmo potencial para atingir a independência perante cada atividade de vida.

Fatores que influenciam o Modelo de vida

Considera-se que, no decorrer do seu ciclo vital, cada indivíduo realiza as atividades de vida de uma forma diferente, porque isso difere de pessoa para pessoa na mesma fase do ciclo e porque sofre a influência de fatores que o tornam um ser único. Temos que considerar também a forma como esses fatores interagem e se interpenetram entre si. Esses fatores, que são biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos, serão descritos a seguir, tendo como base o trabalho de Roper, Logan e Tierney (2000).

Biológicos – Nesse modelo de vida, o termo físico relaciona-se com a função fisiológica e anatômica do corpo humano. Em um indivíduo saudável, a sua capacidade física varia consoante à idade e ao grau de dependência/independência de si mesmo, o que influencia a sua individualidade. Partindo do pressuposto de que o corpo humano é resultante da função de vários sistemas, é importante ajustar cada sistema corporal a uma atividade de vida, como, por exemplo: o sistema cardiorrespiratório está relacionado à atividade de vida respirar; o sistema gastrointestinal inferior e o sistema urinário relacionam-se à atividade de vida eliminar, dentre outros. Embora a pessoa seja vista como um todo, é importante lembrar que a divisão por sistemas serve apenas para avaliar as atividades de vida.

Psicológicos – Esses fatores influenciam as atividades de vida no aspecto intelectual e emocional e são importantes no grau de dependência/independência de cada indivíduo. Influenciam a individualidade da pessoa e afetam a forma como cada uma delas desempenha as suas atividades de vida.

Aspectos Intelectuais – Baseiam-se no desenvolvimento cognitivo, que está relacionado à aquisição de aptidões intelectuais, como o raciocínio, o pensamento e a capacidade de resolver problemas, essenciais à sobrevivência física. Tomando como exemplo um problema físico como a cegueira ou a surdez (privação sensorial), poderá resultar num desenvolvimento intelectual tardio, que influencia negativamente todas as atividades de vida. O processo de envelhecimento leva de uma forma natural, a uma perda de capacidade intelectual, que, por sua vez, diminui a independência para realizar algumas atividades de vida.

Aspectos Emocionais – Baseia-se no desenvolvimento emocional, relacionado com a aquisição de valores, autoconfiança, formação da família, adaptações emocionais, entre outros.

Socioculturais – Esses fatores englobam aspectos da vida espiritual, ética e religiosa. As atividades de vida de cada indivíduo são influenciadas de forma individual pela cultura, pela ética e pela religião.

Ambientais – As atividades de vida sofrem uma grande influência dos fatores ambientais. Por exemplo, a atmosfera pode influenciar as atividades de vida como a temperatura corporal, dormir, ambiente seguro, etc.

Político-econômicos – Nesse modelo de vida, esses fatores são, frequentemente, a pressão e a ação política e/ou econômica, refletidas na legislação. Influenciam as atividades de vida, nas etapas de vida e no grau de independência do indivíduo, o que, consecutivamente, reflete em sua individualidade.

Individualidade de vida/Enfermagem individualizada

A individualidade da vida é definida pela forma específica como a vida é experienciada por cada indivíduo. Considerando que as atividades de vida são o componente principal desse modelo, sabe-se também que cada indivíduo realiza essas atividades de forma diferente. Em termos do modelo, essa individualidade pode ser observada como um produto de influência sobre todas as atividades de vida de todos os outros componentes do modelo e da interação complexa entre elas. Assim, a individualidade de cada um é influenciada pela conjugação dos primeiros quatro componentes do modelo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

A individualidade de cada pessoa pode se manifestar de diferentes formas: como realiza as atividades de vida, com que frequência, onde, porque as realiza daquela forma; o que sabe sobre elas; como as concebe e que atitude tem em relação a elas. Logo, a individualidade é um componente do modelo, resultante do produto de outros componentes. É importante referir que, embora o modelo tenha a característica de ser individual, a individualidade pode ser discutida nos aspectos individuais, da família, do grupo ou, até mesmo, da comunidade.

As autoras referem que a Enfermagem é direcionada para uma forma particular de pensar a profissão, a que chamam de *Enfermagem individualizada* que, necessariamente, tem que levar em conta a individualidade de vida, isto é, a forma própria como a vida é experienciada por cada pessoa. Nessa perspectiva, aspectos que eram tidos como algo controverso no passado, acerca da necessidade de cuidados personalizados, comunicação, liberdade de escolha da pessoa, compreensão do contexto social, político e cultural e, sobretudo, a ideia de que a Enfermagem tem um contributo distinto e tão importante como o do médico, fizeram parte de uma nova forma de pensar a Enfermagem representada no modelo de vida (SALVAGE, 2006).

Para Roper, Logan e Tierney (2000), a Enfermagem individualizada é concretizada mediante a operacionalização do processo de enfermagem que, não sendo um modelo, mas

apenas um raciocínio lógico que necessita de ter subjacente um modelo teórico explícito, concretiza-se em quatro etapas: avaliação inicial, planejamento, execução e avaliação.

O modelo prevê que os cuidados sejam disponibilizados mediante a avaliação das atividades de vida - relativamente à função e ação, rotinas anteriores, execução atual, problemas atuais e potenciais (diagnóstico de enfermagem) -, planejamento dos cuidados, intervenção de enfermagem e avaliação dos cuidados prestados, numa dinâmica suficientemente flexível para permitir a revisão de dados através da avaliação inicial. A intervenção de enfermagem pressupõe a seleção das ações que tenham em vista a prevenção de problemas, a promoção do conforto, a redução do grau de dependência, a promoção do autocuidado, assim como cuidados técnicos, administração de medicamentos e outros procedimentos.

4 Material e Método

4.1 Cenário do estudo

O presente estudo encontra-se inserido nos projetos de pesquisa “Subconjuntos terminológicos da CIPE[®] para áreas de especialidades clínicas e da atenção básica em saúde”, que vem sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, e “Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”, financiado pelo Programa Nacional de Coordenação Acadêmica – PROCAD, que vem sendo desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB - e pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/EERP-USP, denominado neste estudo de projeto mãe. Realizou-se na área urbana do município de João Pessoa – PB com idosos que vivem no domicílio.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo CEP/HULW nº 034/11, e obedeceu aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96, que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996), e pela Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007).

4.2 Etapas da pesquisa

Para a realização do presente estudo, que culminou com a construção do Subconjunto Terminológico da CIPE[®], foi seguido o modelo proposto pelo Programa CIPE[®], que compreende as seguintes etapas: 1) identificação do cliente; 2) coleta de termos e de conceitos relevantes para o cliente e/ou a prioridade de saúde; 3) elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; e 4) finalização do Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para idosos.

4.2.1 Identificação do cliente

Foi considerada como população os idosos com sessenta anos e mais, que vivem sós ou com familiares, em domicílio no município de João Pessoa – PB. Conforme dados do IBGE (2008), essa população é composta por 61.559 idosos de ambos os sexos. A população do estudo compreendeu 240 idosos, com idade igual ou maior que sessenta anos. Para

selecioná-la, foi realizado o processo de amostragem probabilístico, por conglomerados de duplo estágio. No primeiro estágio, considerou-se o setor censitário como Unidade Primária da Amostragem (UPA). Assim, dos 617 setores censitários do município, foram sorteados vinte, com probabilidade proporcional ao número de domicílios. No segundo estágio, visitou-se um número fixo de domicílios, com a finalidade de garantir a autoponderação amostral. Nessa ocasião, foram sorteadas a rua e a quadra onde esse processo de busca foi iniciado.

Após o sorteio dos setores, no mapa do município de João Pessoa, localizou-se cada setor sorteado e foram visualizados os bairros e as ruas a serem visitados. Em seguida, foram listadas as ruas de cada setor sorteado, para que, posteriormente, fosse realizado um novo sorteio, para determinar os bairros, as ruas e as quadras em que se daria início ao processo de busca, do qual a pesquisadora não participou.

A coleta de dados foi feita por todas as pesquisadoras integrantes do Projeto Mãe, por meio de entrevista no domicílio dos idosos, no período de abril a junho de 2011, de acordo com o sentido horário nas quadras sorteadas dos setores. Os dados foram inseridos em um banco de dados no Excel e, depois da segunda digitação e validação dos dados, transportado para o Programa SPSS.

4.2.2 Coleta de termos e conceitos relevantes para o cliente

Esta etapa é de caráter descritivo documental, com abordagem quantitativa, porquanto foram identificados os conceitos constantes no instrumento da pesquisa mãe, que são relevantes clinicamente e culturalmente para a construção das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem e, conseqüentemente, importantes para a prática de enfermagem com idosos.

O instrumento da pesquisa mãe foi constituído por: 1) **Roteiro estruturado**: elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)¹, para contemplar os dados para a caracterização sócio-demográfica dos idosos: sexo; idade; estado civil; renda familiar; escolaridade; número de filhos e com quem vivem. 2) **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**: ajuda a abordar os idosos e avaliar as características cognitivas, composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, em que cada uma está desenhada com o

¹ Membros do NUPEGG – Luciana Kusumota; Idiane Rosset-Cruz; Sueli Marques; Rosalina Rodrigues; Suzele Fabricio-Wehbe; Aline Gratão; Elizandra Pedrazzi, Fabio Schiavetto.

objetivo de avaliar diferentes funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos; com os pontos de corte de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa / média e 26 para alta escolaridade. 3) **Morbidades**: instrumento elaborado pelos membros NUPEGG da EERP – USP, em 2006 para conhecer a presença de morbidades crônicas ou problemas de saúde autorreferidos. 4) **Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS)**: avalia nove domínios representados por 11 itens: a) área cognitiva com o teste do relógio (1 item); b) estado geral de saúde (2 itens); c) independência funcional (1 item); d) suporte emocional (1 item); e) uso de medicamentos (2 itens); f) nutrição (1 item); g) humor (1 item); h) continência (1 item); i) desempenho funcional levantar e andar cronometrado para equilíbrio e mobilidade (1 item). A escala tem uma pontuação máxima de 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade e os escores para análise da fragilidade são: 0 a 4 – não apresentam fragilidade; 5 a 6 – aparentemente vulnerável; 7 a 8 – fragilidade leve; 9 a 10 – fragilidade moderada; e 11 ou mais – fragilidade grave. 5) **Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**: engloba atividades sociais um pouco mais complexas avaliando a capacidade do indivíduo de conviver na comunidade. Possui uma pontuação que varia de 7 (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), considerando-se independente o idoso capaz de realizar todas as AIVD sem ajuda e dependente aquele que precisa de ajuda (FHON, 2011).

Inicialmente, o instrumento da pesquisa mãe foi submetido a várias leituras, ou seja, a uma análise documental, para uma posterior extração dos termos. Em seguida, foi decomposto em termos simples, como substantivos, verbos, advérbios e adjetivos, gerando uma listagem de termos, que foram submetidos a um processo de normalização e uniformização, com a retirada das repetições, correção da grafia, análise da sinonímia e realização de adequações de gênero e número dos termos.

Os termos identificados nesta etapa foram incluídos num formulário para serem submetidos ao processo de validação de conteúdo. Para isso, foram convidados para colaborar com essa etapa os participantes da pesquisa-mãe, que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme preconizado na Resolução N.º. 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Solicitou-se que eles marcassem se concordavam que os conceitos extraídos do instrumento da pesquisa-mãe eram relevantes, clínica e culturalmente, para a construção de afirmativas de

diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos. Para o tratamento dos dados coletados na pesquisa, os formulários recebidos foram numerados e considerados como validados os termos que alcançaram um índice de concordância (IC) ≥ 0.49 entre os participantes do estudo.

Os termos validados pelo grupo de peritos foram submetidos à técnica de mapeamento cruzado com os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] 2011, para cuja realização os termos identificados no instrumento foram incluídos numa planilha do *Excel for Windows*, da mesma forma que os termos da CIPE[®]. Essas duas planilhas foram importadas para o Programa *Access for Windows*, para construir uma tabela de termos identificados no estudo, a qual foi cruzada com a tabela de termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE[®]. Assim, identificaram-se os termos constantes e não constantes nessa terminologia, que constituíram o Banco de termos para a prática de enfermagem com idosos.

Esses termos foram distribuídos de acordo com o modelo de vida, nos aspectos relacionados aos fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos, que influenciam a realização das atividades de vida de uma pessoa.

4.2.3 Elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem

Esta fase trata-se de uma pesquisa aplicada, cujo objetivo é de elaborar afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que foram construídas com base nas diretrizes do CIE, na norma ISO 18.104 – Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem e no Banco de termos para a prática de enfermagem com idosos, construído neste estudo.

Para a construção de afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, foram incluídos, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, além de termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo. Para a construção de afirmativas de intervenções de enfermagem, foram incluídos, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerado como sendo qualquer um dos termos contidos nos demais eixos, com exceção dos termos do eixo Julgamento; e os termos adicionais dos demais eixos, conforme a necessidade (CIE, 2005). As afirmativas construídas foram classificadas de acordo com o modelo teórico do estudo relacionadas às atividades de vida.

4.2.4 Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para idosos

A Proposta do Subconjunto Terminológico da CIPE® desenvolvido no presente estudo foi finalizado com a elaboração de: 1) a significância para a Enfermagem; 2) o modelo teórico utilizado, contemplando os conceitos de atividades da vida, o ciclo de vida, a continuidade da dependência/independência, os fatores que influenciam as atividades da vida; e 3) a relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas segundo o modelo teórico.

5 Análise e discussão dos dados

5.1 Identificação do cliente idoso

Para o CIE (ICN, 2009), o cliente é definido como o sujeito a quem o diagnóstico de enfermagem se refere e que é o beneficiário da intervenção de enfermagem. Nesse contexto, incluem-se indivíduos, famílias e comunidades que recebem cuidados de enfermagem. Neste estudo, os clientes foram os idosos residentes no município de João Pessoa – PB, sujeitos da pesquisa “*Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado*”.

Foram entrevistados, em seus domicílios, 240 idosos, cujo perfil sociodemográfico, no que diz respeito ao sexo, à faixa etária, ao estado conjugal, à escolaridade, ao arranjo domiciliar, à presença de cuidador e ao serviço de saúde utilizado, consta na Tabela 1. Observa-se que houve predominância da população feminina entre os idosos, com 69,2% de frequência; a idade variou entre 60 e 98 anos, e a faixa etária predominante foi acima de 80 anos, com 61 (25,4%) idosos, seguidos de 48 (20,0%), entre 60 e 64 e entre 70 e 74 anos, respectivamente. Ressalta-se que esses idosos nasceram entre 1912 e 1951 - 140 (58,3%), no meio rural, e 100 (41,7%), no meio urbano.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos idosos que vivem no domicílio, segundo: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, arranjo domiciliar, presença de cuidador e serviço de saúde utilizado. João Pessoa, 2011 (n = 240).

| Variáveis | Masculino | | Feminino | | Total | |
|------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Faixa etária (anos) | | | | | | |
| 60 – 64 | 14 | 5,8 | 34 | 14,2 | 48 | 20 |
| 65 – 69 | 14 | 5,8 | 29 | 12,1 | 43 | 19,9 |
| 70 – 74 | 14 | 5,8 | 34 | 14,2 | 48 | 20 |
| 75 – 79 | 12 | 5 | 28 | 11,7 | 40 | 16,7 |
| 80 ou mais | 20 | 8,3 | 41 | 17,1 | 61 | 25,4 |
| Estado conjugal | | | | | | |
| Solteiro | 4 | 1,7 | 22 | 9,2 | 26 | 10,8 |
| Casado | 50 | 20,8 | 51 | 21,3 | 101 | 42,1 |
| Divorciado | 6 | 2,5 | 10 | 4,2 | 16 | 6,7 |
| Separado | 2 | 0,8 | 12 | 5 | 14 | 5,8 |
| Viúvo | 12 | 5 | 70 | 29,2 | 82 | 34,2 |
| Não sabe/não refere | | | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| Escolaridade (anos) | | | | | | |
| Analfabeto | 17 | 7,1 | 45 | 18,8 | 62 | 25,8 |
| 1 a 4 | 19 | 7,9 | 25 | 10,4 | 44 | 18,3 |
| 5 a 8 | 11 | 4,6 | 48 | 20 | 59 | 24,6 |
| 9 a 11 | 7 | 2,9 | 15 | 6,3 | 22 | 9,2 |
| 12 ou mais | 20 | 8,3 | 33 | 13,8 | 53 | 22,1 |
| Arranjos domiciliares | | | | | | |
| Sozinho | 1 | 0,4 | 17 | 7,1 | 18 | 7,5 |
| Somente com cônjuge | 10 | 4,2 | 12 | 5 | 22 | 9,2 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|----|------|-----|------|-----|------|
| Cônjuge e filhos | 19 | 7,9 | 19 | 7,9 | 38 | 15,8 |
| Cônjuge, filhos, genro ou nora | 4 | 1,7 | 3 | 1,3 | 7 | 2,9 |
| Somente com filhos | 3 | 1,3 | 18 | 7,5 | 21 | 8,8 |
| Arranjos trigeracionais | 17 | 7,1 | 50 | 20,8 | 67 | 27,9 |
| Arranjos intrageracionais | - | - | 3 | 1,3 | 3 | 1,3 |
| Somente com os netos | - | - | 2 | 0,8 | 2 | 0,8 |
| Não familiares | 1 | 0,4 | 2 | 0,8 | 2 | 0,8 |
| Outros | 18 | 7,5 | 40 | 16,7 | 58 | 24,2 |
| Não sabe/não refere | 1 | 0,4 | 2 | 0,8 | 2 | 0,8 |
| Cuidador | | | | | | |
| Sim | 23 | 9,6 | 31 | 12,9 | 54 | 22,5 |
| Não | 51 | 21,3 | 135 | 56,3 | 186 | 77,5 |
| Serviço de saúde | | | | | | |
| Particular | 2 | 0,8 | 7 | 2,9 | 9 | 3,8 |
| Convênio de saúde | 20 | 8,3 | 59 | 24,6 | 79 | 32,9 |
| SUS | 52 | 21,7 | 100 | 41,7 | 152 | 63,3 |

A maioria dos idosos (42,1%) é casada, seguida pelos viúvos (34,2%), apresentam também (10,8%) solteiros e (6,7%) divorciados/desquitados e uma minoria (5,8%) separada. No tocante à composição familiar, 67 sujeitos (27,9%) convivem em arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos), 58 (24,2%) convivem com outras pessoas, 38 (15,8%), com cônjuge e filho(s), 22 (9,2%), somente com o cônjuge, 21 (8,8%), com o(s) filho(s), 18 (7,5%) moram sozinhos, sete (2,9%), com o cônjuge, filhos, genro ou nora, três (1,3%), com arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) ou com não familiares, dois (0,8%), apenas com os netos (sem os filhos), e um (0,4%) não soube responder.

No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados, os resultados evidenciam que 25,8% dos idosos não tiveram acesso à escola, 24,6% a frequentaram durante 5 a 8 anos, 22,1%, durante 12 ou mais anos, 18,3%, de um a quatro anos, e 9,2%, de 9 a 11 anos. 54 (22,5%) dos idosos referiram que têm cuidador, 152 (63,3%) utilizam como serviço de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), 79 (32,9%) usam convênio de saúde e nove (3,8%) buscam atendimento de saúde por meio de consulta particular.

Outros dados de relevância para a identificação do idoso, neste estudo, estão relacionados à autorreferência à saúde, em que 121 (50,4%) idosos consideraram sua saúde como razoável, 95 (39,6%), como excelente/muito boa/boa, e 24 (10%), como ruim. Ao serem perguntados sobre quantas vezes haviam se internado no último ano, 201 (83,8%) idosos responderam nenhuma internação, 35 (14,6%) passaram por uma ou duas internações, e quatro (1,7%), mais de duas internações. A hipertensão arterial foi a doença crônica mais autorreferida (57,5%), em seguida, visão prejudicada (42,9%), problemas na coluna (42,5%), artrite reumatoide/osteoartrite (28,3%), audição prejudicada (22,9%), diabetes (22,1%), osteoporose (21,7%), doença vascular periférica e constipação (21,3%).

No tocante à medida da fragilidade em idosos, foi realizada por meio da escala elaborada por Rolfson et al. (2006) e validada no Brasil por Fabrício-Wehbe et al. (2009). Foram avaliados os nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Neste estudo, 102 (42,6%) idosos não apresentaram fragilidade, 50 (20,9%) apresentaram-se aparentemente vulneráveis, 45 (18,8%), fragilidade leve, 27 (11,2%), fragilidade moderada, e 16 (6,7%), fragilidade severa.

Ao se fazer um rastreamento da presença de sintomas depressivos, por meio da escala de depressão geriátrica abreviada *Geriatric Depression Scale* (GDS), composta por 15 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não), identificou-se que 69,2% idosos apresentaram cinco ou mais pontos, sugerindo provável depressão.

As atividades da vida diária, que são relacionadas aos cuidados pessoais, à mobilidade e à continência, foram avaliadas pela escala de Katz, obtendo que 70,4% dos idosos são independentes. Quanto às atividades instrumentais da vida diária avaliadas pela escala de Lawton, constatou-se que 48,8% dos idosos necessitam de ajuda para executar algumas das atividades mais elaboradas dentro de casa, como preparar os alimentos, fazer tarefas domésticas, usar a medicação, o telefone e o dinheiro, ou fora de casa, como fazer compras e usar os meios de transporte.

5.2 Coleta de termos e conceitos relevantes para o idoso

Para a coleta de termos relevantes para o idoso, o instrumento da pesquisa-mãe foi submetido a várias leituras, o que possibilitou uma análise documental e a posterior extração de termos com a decomposição das frases em substantivos, verbos, advérbios e adjetivos, gerando uma listagem de 414 termos. Procedeu-se, a partir da listagem resultante dessa etapa, à elaboração de um formulário para ser submetido ao processo de validação de conteúdo, com a participação, na qualidade de colaboradores, dos dez pesquisadores da pesquisa-mãe. Solicitou-se que fizessem uma leitura do formulário e respondessem se concordavam ou não se os termos extraídos do instrumento da pesquisa-mãe eram relevantes, clínica e culturalmente, para a construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos. Para o tratamento dos dados coletados nessa etapa da pesquisa, os formulários, depois de recebidos, foram numerados de 1 a 10 e considerados como validados

os termos que alcançaram um índice de concordância (IC) ≥ 0.49 entre os participantes do estudo. Foram considerados como validados 263 termos que alcançaram um índice de concordância (IC) ≥ 0.49 , os quais foram submetidos a um processo de normalização e uniformização com a retirada das repetições, correções da grafia, análise da sinonímia e adequações de gênero e número resultando em 298 termos. Os termos validados foram submetidos à técnica de mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®], levando a identificação de 115 termos constantes e 148 termos não constantes nessa terminologia, constituindo o banco de termos para a prática de enfermagem com idosos. Os 35 termos não validados foram: Algumas vezes, Alimentação por fluidos endovenosos, Atrativos, Atual, Bastante, Benzedeira, Boa, Cálculo, Cheio, Circunstâncias, Completamente, Controlar a sua morte, Desquitado, Dia da semana, Doações, Duas semanas, Excelente, Extremamente, Igual, Leves, Mês, Muito boa, Muito frequentemente, Muito infeliz, Muito pouco, Muito ruim, Muito satisfeito, Nada, Nome da rua, Número da casa, Nunca, Péssima, Razoável, Roupas folgadas e Semestre.

Em seguida, foram submetidos à técnica de mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®]. Para isso, os termos identificados no instrumento foram incluídos numa planilha do *Excel for Windows*, da mesma forma que os termos da CIPE[®] 2011. Essas duas planilhas foram importadas para o Programa *Access for Windows*, para a construção de tabelas de termos identificados no estudo e constantes na CIPE[®]. As tabelas foram cruzadas, levando a identificação de 115 termos constantes e 148 termos não constantes nessa terminologia, o que constituiu o banco de termos para a prática de enfermagem com idosos (Quadro 1).

Quadro 1 – Banco de termos para a prática de enfermagem com idosos, constantes e não constantes na CIPE[®]. João Pessoa, 2011.

| Eixos | Termos constantes na CIPE [®] | Termos não constantes na CIPE [®] |
|----------------|--|---|
| Ação | Assistir; Dar banho; Desenvolver; Executar; Lavar; Limpar; Prescrever; Responder. | Dirigir seu próprio carro; Fazer coisas novas; Fazer o que gosta; Sentar. |
| Cliente | Adulto; Casal; Comunidade; Família; Idoso; Membro da família. | Companheiro; Cônjuge; Divorciado; Esposo; Pessoas; Pessoas significativas; Separado; Solteiro; Viúvo. |
| Foco | Aceitação; Acesso; Alimentar-se; Altura; Andar; Ansiedade; Apoio da família; Apoio social; Arranjar a casa; Atenção; Atividade executada pelo próprio; Audição; Capacidade; Catarata; Clima; Cognição; Concentração; Constipação; Continência intestinal; Continência urinária; Cozinhar; Crença religiosa; Cuidar da higiene pessoal; | Aborrecimento; Acidentes ocasionais; Aluguel; Ambiente físico; Aparência física; Aproveita a vida; Arranjo familiar; Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos); Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos); Assistência para uma parte do corpo; Atividade de lazer; Atividades da vida diária; Atividades domésticas; Companheirismo; |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | Depressão; Desespero; Diabetes; Dor; Eliminação; Energia; Estado civil; Excesso de peso; Fazer; Fazer compras; Fazer exercício; Hipertensão; Identidade sexual; Incapacidade; Incontinência funcional; Incontinência intestinal; Incontinência urinária; Medo; Medo da morte; Memória; Morte; Necessidade; Necessidade de cuidados; Obeso; Olfato; Orientação; Paladar; Peso prejudicado; Peso corporal; Poluição; Preparação dos alimentos; Processo de tomada de decisão; Processo patológico; Processo sexual; Regurgitação; Relacionamento; Renda; Retenção urinária; Ruído; Saúde; Serviço de transportes; Sono; Status financeiro; Tato; Tomar banho; Transferir-se; Tristeza; Úlcera; Usar o sanitário; Vestir-se ou despir-se; Violência; Visão. | Condições da moradia; Cor da Pele; Cuidador; Cuidador Particular; Deita; Desempenho Funcional; Escolaridade; Esporte; Estado geral de saúde; Estar Vivo; Ficar em pé; Fragilidade; Funcionamento dos sentidos; Humor; Idade; Independência Funcional; Intimidade; Levanta da cama; Liberdade; Linguagem; Locomoção; Memória de evocação das palavras; Mora Sozinho; Necessidades básicas; Nível de atividade; Oportunidade para ser amado; Oportunidades para amar; Participação em atividades; Particular (despesas médicas); Pele amarela; Pele branca; Pele indígena; Pele parda; Pele preta; Perda dos sentidos; Problemas de coluna; Problemas de saúde; Qualidade de vida; Realizações na vida; Reconhecimento; Relações pessoais; Religião católica; Religião espírita; Religião judaica; Religião protestante ou evangélica; Respeito; Responsável pelo domicílio; Sentimentos negativos; Separação conjugal; Trabalho; Trabalho comunitário; Trabalho doméstico; Trabalho próprio; Trabalho remunerado; Trabalho voluntário; Transtorno do pânico; Tratamento médico; União conjugal; Vida; Vida diária. |
| Julgamento | Prejudicado; Dependência; Independente; Julgamento positivo ou negativo; Melhorado; Nenhum; Normal; Total. | Dificuldade; Feliz; Infeliz; Insatisfeito; Inútil; Maioria; Maneira correta; Maravilhoso; Mau humor; Muito feliz; Pior; Regular; Ruim; Satisfeito com a vida; Satisfeito com a saúde; Satisfeito; Saudável; Suficiente. |
| Localização | Domicílio; Edifício Residencial; Pele; Pélvis. | Bairro; Casa alugada; Casa cedida; Casa própria; Cidade; Cintura; Rural; Urbano. |
| Meios | Medicação; Medicamento; Serviço de nutrição; Serviço de saúde; Sonda gastrointestinal. | Convênio de saúde; Cuidar do dinheiro; Dinheiro; Farmácia; Manusear o dinheiro; Pagar contas; Precisa de ajuda; Precisa de alguma ajuda; Precisa de supervisão; Precisa do auxílio de outra pessoa; Preencher cheques; Recebe assistência; Roupas; Sente amor em sua vida; Serve as refeições; SUS; Tarefa doméstica; Tomar a medicação; Tomar remédios; Tomar táxi sem ajuda; Tomar transporte coletivo; Usa seu tempo; Usar a medicação; Usar o telefone; Usar transporte; Usar o andador; Usar bengala; Usar cateter; Usar medicamentos; Vestuário. |
| Tempo | Às vezes; Dia; Duração; Frequência; Frequente; Futuro; Nascimento; Sempre; Situação. | Última. |

Dos 263 termos incluídos no banco de termos para a prática de enfermagem com idosos, os 149 termos do eixo foco foram distribuídos de acordo com os fatores que influenciam as atividades da vida, tendo em vista que os termos deste eixo são considerados mandatários na construção das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem.

Quadro 2 – Termos do eixo foco, constantes e não constantes na CIPE[®], distribuídos pelos fatores que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| FATORES | TERMOS |
|----------------------------|---|
| Biológicos | Alimentar-se; Altura; Andar; Aparência física; Arranjar a casa; Atividade executada pelo próprio; Audição; Capacidade; Catarata; Constipação; Continência intestinal; Continência urinária; Cor da pele; Cuidar da higiene pessoal; Dieta; Depressão; Desempenho funcional; Diabetes; Dor; Eliminação; Energia; Estado geral de saúde; Estar vivo; Excesso de peso; Fazer; Ficar em pé; Fragilidade; Funcionamento dos sentidos; Hipertensão; Idade; Identidade sexual; Incapacidade; Incontinência funcional; Incontinência intestinal; Incontinência urinária; Independência funcional; Levanta da cama; Locomoção; Morte; Necessidade de cuidados; Necessidade; Necessidades básicas; Nível de atividade; Obeso; Olfato; Paladar; Pele amarela; Pele branca; Pele indígena; Pele parda; Pele preta; Perda dos sentidos; Peso comprometido; Peso corporal; Problemas de coluna; Problemas de saúde; Processo patológico; Processo sexual; Regurgitação; Retenção urinária; Sono; Tato; Tomar banho; Transferir-Se; Úlcera; Usar o sanitário; Vestir-se ou despir-se; Visão. |
| Psicológicos | Aborrecimento; Aceitação; Ansiedade; Apoio da família; Apoio social; Atenção; Concentração; Cognição; Companheirismo; Desespero; Humor; Intimidade; Liberdade; Linguagem; Medo da morte; Medo; Memória de evocação das palavras; Memória; Oportunidade de ser amado; Oportunidades de amar; Orientação; Processo de tomada de decisão; Realizações na vida; Reconhecimento; Respeito; Sentimentos negativos; Transtorno do pânico; Tristeza. |
| Socioculturais | Acidentes ocasionais; Arranjo familiar; Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos); Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos); Assistência para uma parte do corpo; Atividade de lazer; Atividades da vida diária; Atividades domésticas; Cozinhar; Crença religiosa; Cuidador; Cuidador particular; Escolaridade; Esporte; Estado civil; Fazer compras; Fazer exercício; Mora sozinho; Participação em atividades; Preparação dos alimentos; Qualidade de vida; Relacionamento; Relações pessoais; Religião católica; Religião espírita; Religião judaica; Religião protestante ou evangélica; Responsável pelo domicílio; Saúde; Separação conjugal; Trabalho comunitário; Trabalho doméstico; Trabalho voluntário; Trabalho; União conjugal; Vida; Violência. |
| Ambientais | Acesso ao serviço de saúde; Ambiente físico; Clima; Condições da moradia; Poluição; Ruído; Serviço de transportes; Tratamento médico. |
| Político-econômicos | Aluguel; Particular (despesas médicas); Renda; Status financeiro; Trabalho próprio; Trabalho remunerado. |

Os fatores que influenciam as atividades da vida são categorizados no Modelo de Atividade de vida, como já referido anteriormente, em cinco grupos principais: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos. Os fatores biológicos estão relacionados ao desempenho anatômico e fisiológico do corpo humano; os psicológicos, aos elementos da pessoa, incluindo aspectos intelectuais e emocionais; os socioculturais são os aspectos que englobam a cultura, a religião, a espiritualidade, a ética, o papel, os relacionamentos e o status na comunidade; os ambientais dizem respeito aos fatores fisicamente externos ao indivíduo, que afetam todos os outros fatores; e os político-econômicos, aos aspectos legais, políticos e/ou econômicos que podem ser refletidos na legislação (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

5.3 Elaboração das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem

A partir do Banco de termos para a prática de enfermagem com idosos e atendendo às diretrizes do CIE, foram construídas as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e as intervenções de enfermagem distribuídas, segundo os fatores que interferem nas Atividades de Vida. Para visualizar bem mais os resultados, o quadro abaixo traz um exemplo de como foram construídas as afirmativas de diagnósticos/resultados e as intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso com o uso do Modelo de sete eixos da CIPE® e as diretrizes do CIE.

Quadro 3 – Exemplo de construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para os termos **vestir-se, despir-se e arrumar-se**, de acordo com os eixos da CIPE®. João Pessoa, 2011.

| Afirmativas de enfermagem | Ação | Cliente | Foco | Julgamento | Localização | Meios | Tempo |
|----------------------------|-------------|---------|---|-------------|-------------|-----------------------------------|---------------------|
| Diagnóstico de enfermagem | | Idoso | Capacidade Vestir-se e despir-se arrumar-se | prejudicada | | | |
| Intervenções de enfermagem | Orientar | Idoso | Vestir-se ou despir-se arrumar-se | | | Técnica do vestir-se ou despir-se | |
| | Promover | Idoso | Vestir-se e despir-se arrumar-se | | | Independência | Conforme necessário |
| | Elogiar | Idoso | Vestir-se e despir-se arrumar-se | | | Tentativas executar as atividades | |
| | Identificar | Idoso | Realizar as atividades Vestir-se e despir-se arrumar-se | | | Recursos de adaptação | |
| | Avaliar | Idoso | Atitude autocuidado Vestir-se e despir-se arrumar-se | | | | |
| Resultado de enfermagem | | Idoso | Capacidade Vestir-se e despir-se arrumar-se | efetiva | | | |

A partir das informações apresentadas no quadro, as afirmativas foram assim descritas:

Diagnóstico de enfermagem: Capacidade de vestir-se, despir-se e arrumar-se prejudicada

Intervenções de enfermagem:

1. Orientar sobre a técnica de se vestir, despir-se e arrumar-se.
2. Promover a independência no vestir-se, despir-se e arrumar-se, conforme necessário.
3. Elogiar as tentativas do idoso em executar as atividades de se vestir, despir-se e arrumar-se.
4. Identificar recursos de adaptação para realizar as atividades de se vestir, despir-se e arrumar-se.
5. Avaliar atitude do idoso face ao autocuidado para vestir-se, despir-se e arrumar-se.

Resultado de enfermagem: Capacidade de se vestir, despir-se e arrumar-se efetiva.

É importante ressaltar que, no processo de construção das afirmativas, foram utilizados os termos classificados no eixo foco e, depois, redistribuídos por fatores que influenciam as atividades de vida, com algumas exceções, tais como: Pele amarela; Pele branca; Pele indígena; Pele parda; Pele preta; Estar vivo; Oportunidade de ser amado; Oportunidades de amar; entre outros. Destaca-se também que, na construção das intervenções de enfermagem, além dos termos identificados, usou-se a literatura da área, uma vez que só foram identificados oito termos no eixo ação: Assistir; Dar banho; Desenvolver; Executar; Lavar; Limpar; Prescrever; Responder, o que reduziria as opções de intervenções de enfermagem para o atendimento do idoso na promoção e prevenção das atividades de vida, mas sem perder de vista a distribuição dos termos por eixo. Nesse processo, também foram consultados e utilizados os conceitos pré-combinados de intervenções de enfermagem constante na CIPE® 2011 (ICN, 2011).

O somatório de todos os quadros feitos com os termos classificados de acordo com os fatores que influenciam as atividades da vida levou à construção de 129 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e de 627 afirmativas de intervenções, que foram distribuídas de acordo com os quadros a seguir.

Quadro 4 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos **fatores biológicos** do Modelo de Atividades de Vida. João Pessoa, 2011.

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|---|
| 1. Aceitação do estado de saúde | 1. Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde. 2. Elogiar o comportamento de aceitação do estado de saúde. |
| 2. Aceitação do estado de saúde prejudicada | 3. Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde. 4. Encorajar a capacidade para se ajustar. 5. Incentivar comportamento de procura de saúde. 6. Informar ao idoso e/ou cuidador sobre hábitos de lazer para evitar o isolamento social como estratégia de enfrentamento. 7. Orientar para a procura dos serviços de saúde na comunidade. |
| 3. Capacidade para o autocuidado efetiva | 8. Elogiar pela capacidade em realizar as atividades do cuidar de si. 9. Incentivar a realização do autocuidado. 10. Reforçar a capacidade do idoso para o autocuidado independente. |
| 4. Incapacidade de melhorar o autocuidado | 11. Identificar se é possível contar com a ajuda de um familiar como cuidador. 12. Orientar o cuidador sobre os cuidados com a higiene, o banho, o uso do sanitário e com as roupas do idoso. 13. Discutir com o cuidador sobre os cuidados com a alimentação, a hidratação, a medicação, a segurança, o sono, o repouso e o lazer. |
| 5. Capacidade para manter a saúde adequada | 14. Investigar os conhecimentos e comportamentos do idoso para manter a saúde. 15. Obter a história de saúde, incluindo a descrição dos hábitos de saúde, os fatores de saúde, os riscos e os medicamentos em uso. 16. Auxiliar o idoso a esclarecer suas crenças e valores de saúde. |
| 6. Capacidade para gerir o regime terapêutico efetiva | 17. Reforçar a independência para gerir o próprio regime terapêutico. 18. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do regime terapêutico. |
| 7. Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada | 19. Identificar as crenças, os valores e o estilo de vida do idoso. 20. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do processo de envelhecimento. 21. Explicar ao idoso e/ou cuidador o processo saúde-doença, bem como sobre o regime terapêutico, efeitos colaterais, sinais e sintomas de complicações. 22. Exemplificar com histórias de outros “sucessos” de adesão ao regime terapêutico. 23. Reconhecer qualquer sucesso alcançado para gerir o regime terapêutico. |
| 8. Conhecimento sobre o processo saúde/doença adequado | 24. Considerar as influências culturais sobre o processo saúde/doença. 25. Orientar sobre a procura pelo serviço de saúde se surgirem sintomas ou em caso de reações pelo uso de medicamentos. 26. Reforçar a importância de cuidados com a alimentação, hidratação, higiene e o uso de medicamentos. 27. Mostrar-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do processo patológico. |
| 9. Desconhecimento sobre o processo saúde/doença (especificar) | 28. Oferecer informações adequadas sobre o problema de saúde (especificar). 29. Usar uma linguagem simples e clara. 30. Usar técnicas de <i>feedback</i> para ter certeza de que o idoso compreendeu. |
| 10. Capacidade para cuidar da higiene pessoal satisfatória | 31. Reforçar a independência no cuidar da higiene pessoal. 32. Fortalecer a capacidade para cuidar da higiene pessoal. 33. Elogiar aprendizagem em cuidar da própria higiene. 34. Elogiar o autocuidado com a higiene. |
| 11. Capacidade de executar cuidados pessoais prejudicada | 35. Investigar os fatores causadores do prejuízo nos cuidados pessoais. 36. Avaliar a capacidade de aprendizagem do idoso e do cuidador. 37. Orientar o idoso e o cuidador quanto aos cuidados pessoais. 38. Encorajar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar os cuidados. |
| 12. Capacidade para fazer a | 39. Elogiar pelo desempenho da atividade higiene oral. |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|--|
| higiene oral efetiva | 40. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário. 41. Reforçar a independência no cuidar da higiene oral. |
| 13. Mucosa oral prejudicada | 42. Orientar sobre cuidados com a higiene oral. 43. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos. 44. Incentivar aumento da ingestão de líquido. 45. Discutir acerca da alimentação saudável. 46. Desencorajar o uso de substâncias corrosivas como álcool, tabaco, alimentos condimentados. |
| 14. Capacidade de tomar banho prejudicada | 47. Investigar os fatores causadores da incapacidade para tomar banho. 48. Orientar quanto à segurança no banheiro com tapetes antiderrapantes, apoio para as mãos, cadeira de banho. 49. Educar sobre o cuidado com a higiene pessoal no chuveiro. 50. Encorajar a independência do idoso para o banho pela prática contínua conforme a sua capacidade. 51. Orientar o idoso e o cuidador quanto à manutenção do ambiente simples e sem obstáculos para o banho. |
| 15. Capacidade de usar o sanitário prejudicada | 52. Investigar os fatores causadores da incapacidade para o uso do sanitário. 53. Aconselhar sobre o padrão de higiene após o uso do sanitário. 54. Avaliar a aprendizagem de capacidade do idoso e do familiar. 55. Capacitar o idoso e o cuidador sobre o uso tecnologias assistivas para o sanitário. 56. Elogiar as tentativas efetivas de uso do sanitário. |
| 16. Incapacidade para cuidar da higiene pessoal | 57. Identificar recursos de adaptação do cliente para cuidar da higiene pessoal. 58. Avaliar a aprendizagem de capacidades para cuidar da higiene pessoal. 59. Informar sobre a importância da higiene com a pele, com o couro cabeludo e as unhas. 60. Educar sobre o cuidado com a higiene pessoal. 61. Instruir sobre o cuidado com a higiene pessoal no chuveiro. 62. Orientar sobre o cuidado com a higiene pessoal. 63. Promover a adaptação à incapacidade para cuidar da higiene corporal. 64. Promover a autonomia no cuidar da higiene pessoal. 65. Treinar o cuidar da higiene pessoal no chuveiro. |
| 17. Capacidade de se vestir/despir e arrumar-se efetiva | 66. Elogiar pelo desempenho da atividade de vestir/despir e arrumar-se. 67. Fortalecer a capacidade de se vestir/despir e arrumar-se. 68. Reforçar a importância da independência em realizar essas atividades. |
| 18. Capacidade de vestir-se, despir-se e arrumar-se prejudicada | 69. Identificar recursos de adaptação para realizar as atividades de vestir/despir e arrumar-se. 70. Avaliar aprendizagem para vestir-se, despir-se e arrumar-se. 71. Avaliar atitude face ao autocuidado de vestir-se, despir-se e arrumar-se. 72. Promover a independência no vestir-se, despir-se e arrumar-se, conforme necessário. 73. Orientar sobre técnica do vestir-se, despir-se ou arrumar-se. 74. Supervisionar o vestir-se, despir-se ou arrumar-se, se possível. 75. Elogiar as tentativas do idoso em executar as atividades de vestir/despir e arrumar-se. |
| 19. Padrão respiratório ineficaz | 76. Avaliar as condições respiratórias do idoso. 77. Auscultar sons pulmonares. 78. Orientar sobre técnicas de respiração/relaxamento. 79. Orientar e ensinar a tossir de forma eficiente. 80. Orientar sobre a ingestão de líquidos para otimizar o equilíbrio hídrico. |
| 20. Pressão sanguínea normal | 81. Fazer o controle da pressão arterial do idoso. 82. Reforçar sobre os cuidados com a saúde e prevenção de pressão sanguínea elevada. 83. Orientar quanto a uma alimentação saudável. 84. Estimular atividade física regular. |
| 21. Pressão sanguínea alterada | 85. Incentivar acompanhamento da pressão arterial. 86. Investigar sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|---|
| | <p>hereditários.</p> <p>87. Estimular atividade física regular.</p> <p>88. Orientar quanto a uma alimentação saudável.</p> |
| 22. Ingestão de alimentos prejudicada | <p>89. Avaliar conhecimentos sobre padrão alimentar.</p> <p>90. Educar sobre padrão alimentar satisfatório.</p> <p>91. Elogiar aprendizagem de capacidades para se alimentar.</p> <p>92. Incentivar a capacidade no alimentar-se.</p> <p>93. Aconselhar a manter padrão de higiene após alimentar-se.</p> |
| 23. Peso corporal adequado | <p>94. Fazer o controle mensal do peso corporal do idoso.</p> <p>95. Discutir com o idoso e com o cuidador sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>96. Reforçar a importância da alimentação saudável.</p> <p>97. Recomendar atividades físicas moderadas regulares, como caminhada e hidroginástica.</p> |
| 24. Peso corporal aumentado | <p>98. Fazer o controle mensal do peso corporal do idoso.</p> <p>99. Informar os riscos associados ao fato de estar com o peso corporal aumentado.</p> <p>100. Discutir com o idoso e cuidador sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>101. Discutir a relação entre ingestão alimentar, exercícios, aumento e perda de peso.</p> <p>102. Ajudar na elaboração de planos alimentares equilibrados, coerentes com o nível de gasto de energia.</p> <p>103. Incentivar a busca do peso corporal adequado.</p> |
| 25. Peso corporal diminuído | <p>104. Fazer o controle mensal do peso corporal do idoso.</p> <p>105. Discutir com o idoso e/ou cuidador os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>106. Orientar na elaboração de planos alimentares, respeitando suas preferências.</p> <p>107. Incentivar a busca do peso corporal adequado.</p> |
| 26. Excesso de peso | <p>108. Fazer o controle mensal do peso corporal do idoso.</p> <p>109. Informar os riscos associados ao fato de estar com excesso de peso.</p> <p>110. Discutir a relação entre ingestão alimentar, exercícios, aumento e perda de peso.</p> <p>111. Discutir com o idoso e o cuidador os hábitos, os costumes, fatores culturais e hereditários relacionados à alimentação.</p> <p>112. Ajudar na elaboração de planos alimentares equilibrados, coerentes com o nível de gasto de energia.</p> <p>113. Encorajar o idoso a fazer uma mudança gradual nos hábitos alimentares.</p> |
| 27. Deglutição prejudicada | <p>114. Informar o idoso e/ou cuidador as medidas de emergência em caso de aspiração.</p> <p>115. Ensinar o idoso a prender a respiração ao engolir.</p> <p>116. Orientar para que o idoso se concentre na tarefa de deglutir.</p> <p>117. Orientar a alimentar-se lentamente, assegurando que a porção anterior de alimentos tenha sido engolida.</p> <p>118. Orientar a não falar durante o ato de se alimentar.</p> |
| 28. Dentição prejudicada | <p>119. Incentivar visita periódica ao dentista.</p> <p>120. Orientar sobre a escovação correta.</p> <p>121. Orientar sobre cuidados com a higiene oral.</p> |
| 29. Hiperglicemia | <p>122. Investigar sinais de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão, cefaleia.</p> <p>123. Incentivar a participação do idoso no HIPERDIA.</p> <p>124. Acompanhar o controle de glicemia pela Caderneta de Saúde da pessoa idosa.</p> <p>125. Orientar o idoso e/ou cuidador quanto à prevenção, ao reconhecimento e ao controle.</p> <p>126. Orientar sobre os possíveis sinais e sintomas da hiperglicemia.</p> <p>127. Encorajar a automonitorização dos níveis de glicose sanguínea.</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|--|
| | <p>128.Orientar sobre como registrar o resultado da glicemia capilar. 129.Informar sobre os cuidados com os hábitos alimentares. 130.Orientar o uso de vestuário e calçados adequados, por exemplo: utilizar sapatos ajustados, confortáveis e fechados, com palmilhas para a proteção de ponto de pressão. 131.Orientar para a realização de massagem com solução hidratante, para diminuir o ressecamento da pele e ativar a circulação sanguínea. 132.Ensinar o uso de insulina, se prescrita. 133.Recomendar atividade física regular. 134.Reforçar a importância da realização de glicemia capilar com frequência.</p> |
| 30. Eliminação urinária adequada | <p>135.Reforçar as orientações sobre a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor da eliminação urinária. 136.Estimular a continuidade da ingestão de líquidos durante o dia.</p> |
| 31. Eliminação urinária prejudicada | <p>137.Investigar sinais e sintomas de eliminação urinária. 138.Incentivar o aumento da ingestão hídrica, quando não contraindicado. 139.Discutir sobre sinais e sintomas de infecção urinária.</p> |
| 32. Incontinência urinária | <p>140.Investigar os determinantes da incontinência urinária. 141.Investigar o uso de medicamentos que possam contribuir para a incontinência, como os diuréticos, antidepressivos e anticolinérgicos. 142.Desencorajar a ingestão de líquidos após o jantar. 143.Orientar sobre o uso de fraldas à noite. 144.Instruir e orientar sobre os exercícios de Kegel. 145.Orientar quanto à prevenção de infecção urinária. 146.Orientar sobre a diminuição da ingestão de alimentos que favorecem a incontinência urinária (caféina, bebidas com hidratos de carbono, chocolate). 147.Reforçar sobre as medidas de higiene pessoal.</p> |
| 33. Risco de incontinência urinária de urgência | <p>148.Investigar os determinantes para o risco da incontinência urinária. 149.Discutir sobre a importância do controle miccional. 150.Orientar quanto a exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical para suprir a instabilidade e aumentar a capacidade vesical por meio de técnicas de fortalecimento. 151.Fazer adaptações ambientais que facilitem a chegada ao banheiro. 152.Treinar o hábito e a micção programada, estabelecendo pequenos intervalos entre as micções e aumentá-los progressivamente.</p> |
| 34. Retenção urinária | <p>153.Investigar a eliminação urinária quanto à frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor. 154.Discutir sobre sinais e sintomas de infecção urinária. 155.Incentivar o aumento da ingestão hídrica, quando não contraindicada. 156.Reforçar sobre as medidas de higiene pessoal.</p> |
| 35. Incontinência intestinal | <p>157.Investigar o padrão de eliminação intestinal. 158.Determinar a causa física ou psicológica da incontinência intestinal. 159.Encorajar o idoso a partilhar seus sentimentos sobre a incontinência e determinar seus efeitos sobre a vida social. 160.Informar-se sobre os hábitos alimentares. 161.Orientar sobre a ingestão de alimentos e líquidos. 162.Investigar o trajeto do banheiro em relação a obstáculos, iluminação e distância. 163.Orientar quanto às medidas de higiene.</p> |
| 36. Diarreia | <p>164.Investigar hábitos alimentares e a qualidade da água ingerida. 165.Identificar fatores que possam causar diarreia ou contribuir para sua ocorrência. 166.Orientar o idoso e o cuidador sobre o volume, a cor, a frequência e a consistência das fezes. 167.Orientar dieta sem alimentos formadores de gases. 168.Orientar sobre a ingestão de líquidos para prevenção da desidratação. 169.Aconselhar o uso de dietas com baixo teor de fibras, elevado teor</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|--|
| | <p>proteico e calórico.</p> <p>170.Orientar quanto às medidas de higiene.</p> |
| 37. Risco de constipação | <p>171.Investigar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor.</p> <p>172.Identificar fatores que possam contribuir com o risco de constipação.</p> <p>173.Incentivar exercícios como caminhadas, alongamento dos músculos abdominais.</p> <p>174.Orientar a seleção de uma dieta rica em fibras.</p> <p>175.Orientar quanto à ingestão hídrica de 2.000 ml de líquido, se não houver contraindicação.</p> |
| 38. Constipação | <p>176.Identificar os fatores que possam contribuir para a constipação.</p> <p>177.Investigar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor.</p> <p>178.Investigar ruídos hidroaéreos.</p> <p>179.Encorajar o aumento de ingestão de líquidos, a menos se for contraindicado.</p> <p>180.Ensinar o idoso a massagear seu abdômen uma vez ao dia, para ajudar no peristaltismo intestinal.</p> <p>181.Planejar e implementar exercícios de rotinas, tais como caminhadas e alongamento dos músculos abdominais.</p> <p>182.Orientar a seleção de uma dieta rica em fibras.</p> <p>183.Orientar os familiares sobre a privacidade para a eliminação intestinal.</p> |
| 39. Pele seca | <p>184.Examinar a condição da pele, quando adequado.</p> <p>185.Discutir o conhecimento do idoso sobre a sua necessidade de ingerir líquidos.</p> <p>186.Estimular a ingestão de líquidos.</p> <p>187.Monitorar áreas ressecadas da pele.</p> <p>188.Orientar sobre a hidratação da pele e o uso de hidratante.</p> <p>189.Orientar a não realização de massagem sobre as saliências ósseas.</p> <p>190.Orientar o idoso a evitar água quente no banho.</p> <p>191.Orientar o uso de sabão suave no banho.</p> <p>192.Orientar paciente/família a respeito da rotina de cuidados com a pele.</p> <p>193.Encorajar o paciente/família para continuar executando a rotina de cuidados com a pele.</p> |
| 40. Risco de úlcera por pressão | <p>194.Avaliar os riscos de úlcera por pressão por meio da escala de Braden.</p> <p>195.Investigar a ocorrência de úlcera por pressão anteriormente.</p> <p>196.Identificar as fontes de pressão e fricção.</p> <p>197.Informar sobre a ingestão de alimentos adequados, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e suplementos, quando necessários.</p> <p>198.Orientar sobre a hidratação da pele seca que esteja íntegra.</p> <p>199.Orientar sobre o uso de cremes e absorventes de umidade, de modo a remover a umidade excessiva, quando necessário.</p> <p>200.Orientar o idoso e/ou cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele.</p> <p>201.Orientar sobre o uso de colchão adequado.</p> |
| 41. Úlcera por pressão ausente | <p>202.Avaliar a ausência de úlcera por pressão por meio da escala de Braden.</p> <p>203.Informar sobre a ingestão de alimentos adequados, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e suplementos, quando necessário.</p> <p>204.Orientar sobre a hidratação da pele seca que esteja íntegra.</p> <p>205.Orientar sobre o uso de colchão adequado.</p> <p>206.Orientar sobre o uso de cremes e absorventes de umidade, de modo a remover a umidade excessiva, quando necessário.</p> |
| 42. Úlcera por pressão | <p>207.Avaliar as características da úlcera, incluindo o tamanho (comprimento, profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exsudato, a granulação, o tecido necrosado e a epitelização.</p> <p>208.Analisar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele circunjacente.</p> <p>209.Realizar cuidados com a úlcera por pressão.</p> <p>210.Ensinar ao cuidador procedimentos de cuidado com a úlcera por pressão.</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|---|
| | <p>211.Orientar sobre a ingestão de alimentos adequados, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e suplementos.</p> <p>212.Orientar sobre o uso de colchões apropriados.</p> |
| 43. Úlcera venosa | <p>213.Acompanhar o processo de cicatrização, realizando mensuração da ferida (largura x altura x profundidade), inclusive com o registro fotográfico.</p> <p>214.Avaliar a resposta psicossocial aos cuidados com a úlcera venosa.</p> <p>215.Incentivar o autocuidado com a higiene pessoal, vestuário e roupas de cama.</p> <p>216.Incentivar o repouso duas horas, no período da manhã e da tarde, ou dez minutos a cada hora, no mínimo.</p> <p>217.Reforçar a importância da deambulação moderada seguida de repouso.</p> <p>218.Orientar a terapia compressiva: uso de meias elásticas e ataduras elásticas (a escolha dependerá da cobertura utilizada e do volume de exsudato).</p> <p>219.Orientar quanto à elevação dos membros.</p> |
| 44. Andar efetivo | <p>220.Ensinar e incentivar exercícios para auxiliar na manutenção do tônus muscular.</p> <p>221.Reforçar a importância da independência quanto à deambulação.</p> <p>222.Orientar a prática de atividade física moderada regular como, por exemplo, caminhada..</p> |
| 45. Andar prejudicado | <p>223.Avaliar a resposta à deambulação.</p> <p>224.Incentivar o aumento da caminhada de forma progressiva a cada dia com ou sem equipamentos auxiliares.</p> <p>225.Encorajar a deambulação frequente com auxílio, se instável.</p> <p>226.Orientar o uso de andador, bengala para facilitar a deambulação.</p> <p>227.Ensinar métodos de transferência da cama para a poltrona, para o sanitário e para a posição de pé.</p> |
| 46. Marcha prejudicada | <p>228.Identificar fatores predisponentes para o prejuízo na marcha.</p> <p>229.Encorajar o andar em intervalos regulares.</p> <p>230.Ensinar e incentivar exercícios para auxiliar a manutenção do tônus muscular.</p> <p>231.Oferecer apoio enquanto deambula.</p> <p>232.Discutir sobre a importância da adaptação do ambiente de modo a oferecer segurança.</p> <p>233.Proporcionar períodos de repouso entre as atividades.</p> |
| 47. Capacidade para transferir-se efetiva | <p>234.Determinar a força muscular e a resistência do idoso para transferir-se.</p> <p>235.Reforçar a orientação ao cuidador sobre técnicas de transferência mais adequada para o idoso.</p> <p>236.Reforçar a orientação sobre o uso adequado de recursos auxiliares.</p> |
| 48. Capacidade de se transferir prejudicada | <p>237.Determinar a força muscular e a resistência do idoso para se transferir.</p> <p>238.Ensinar métodos de transferência da cama para a poltrona, para o sanitário e para a posição de pé.</p> <p>239.Orientar o cuidador sobre técnicas de transferência mais adequadas para o idoso.</p> <p>240.Orientar sobre o uso adequado de recursos auxiliares.</p> <p>241.Encorajar o idoso à medida que ele aprende a se transferir de forma independente.</p> |
| 49. Mobilidade física prejudicada | <p>242.Identificar as limitações físicas.</p> <p>243.Informar sobre recursos auxiliares para a deambulação.</p> <p>244.Encorajar a deambulação, dentro de limites seguros.</p> <p>245.Orientar sobre o uso de calçados que facilitem o andar e previnam lesões.</p> <p>246.Oferecer reforço positivo para a deambulação.</p> |
| 50. Intolerância com a atividade | <p>247.Identificar fatores predisponentes a intolerância à atividade.</p> <p>248.Estabelecer metas realistas para aumentar o nível de atividade do idoso, incentivando o aumento do nível de atividade gradual.</p> <p>249.Ajudar e orientar ao idoso e a família a modificar o ambiente para</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|--|
| | <p>ampliar a quantidade de atividades que possam ser desempenhadas independentemente.</p> <p>250.Orientar para a interrupção da atividade se ocorrer confusão, vertigem, dor, dificuldade respiratória.</p> <p>251.Orientar sobre os períodos de descanso entre as atividades.</p> |
| 51. Padrão de sexualidade ineficaz | <p>252.Avaliar o conhecimento do idoso sobre seu padrão de sexualidade.</p> <p>253.Encorajar o idoso a compartilhar suas preocupações.</p> <p>254.Esclarecer a relação entre os estressores e o problema no funcionamento sexual.</p> <p>255.Orientar o idoso sobre o impacto das mudanças fisiológicas na sexualidade.</p> <p>256.Transmitir o desejo de discutir os sentimentos e as preocupações relacionadas à sexualidade</p> |
| 52. Disfunção sexual | <p>257.Identificar os fatores que causam a disfunção sexual.</p> <p>258.Investigar a relação entre o funcionamento sexual e os agentes estressores da vida.</p> <p>259.Orientar o idoso sobre o impacto das mudanças fisiológicas na sexualidade.</p> <p>260.Discutir o impacto das doenças crônicas ou efeitos das medicações sobre a sexualidade.</p> <p>261.Encorajar o idoso a expressar os seus sentimentos sobre a sexualidade.</p> |
| 53. Padrão de sono efetivo | <p>262.Orientar quanto à manutenção de horário diário consistente para acordar, dormir e descansar (dias de semana, fins de semana).</p> <p>263.Incentivar o uso da cama apenas para atividade associada ao sono.</p> <p>264.Reforçar a importância de exercícios regulares para reduzir o estresse e promover o sono.</p> <p>265.Reforçar sobre a diminuição da ingestão de alimentos contendo cafeína durante a tarde e à noite.</p> |
| 54. Sono prejudicado | <p>266.Avaliar o padrão de sono do idoso, para identificar problemas fisiológicos ou emocionais subjacentes.</p> <p>267.Investigar a rotina habitual para dormir (horário, práticas de higiene, uso de travesseiros, despertar).</p> <p>268.Ensinar ao idoso e ao cuidador medidas de conforto, como massagem, exercícios de relaxamento/respiração.</p> <p>269.Reforçar a importância de exercícios regulares para reduzir o estresse e promover o sono.</p> <p>270.Recomendar a diminuição de estímulos recebidos e a evitar alimentos e bebidas contendo cafeína durante a noite.</p> <p>271.Orientar quanto à redução das distrações ambientais no período noturno.</p> <p>272.Recomendar à família a importância de seguir uma rotina simples de horário para dormir e descansar.</p> |
| 55. Percepção auditiva diminuída | <p>273.Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a perda da audição.</p> <p>274.Prover informações ao idoso sobre a falta progressiva da audição que ocorre com a idade.</p> <p>275.Falar com clareza e em voz alta ao mesmo tempo em que olha para o idoso, evitando baixar a voz no final da frase.</p> <p>276.Reforçar a importância de aparelho auditivo, quando necessário.</p> <p>277.Usar técnicas de <i>feedback</i> para ter certeza de que a pessoa escutou e entendeu.</p> |
| 56. Percepção gustativa alterada | <p>278.Prover informações ao idoso sobre as mudanças na gustação, que ocorrem com a idade.</p> <p>279.Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a alteração na gustação.</p> <p>280.Observar a reação do idoso à gustação diminuída.</p> <p>281.Orientar quanto à realização de exames anuais para minimizar os efeitos da perda da gustação.</p> |
| 57. Percepção olfativa prejudicada | <p>282.Ensinar o idoso sobre as mudanças do olfato, que ocorrem com a idade.</p> <p>283.Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a alteração no</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|---|
| | <p>olfato.</p> <p>284.Observar a reação do idoso à diminuição do olfato.</p> <p>285.Orientar quanto à realização de exames anuais para minimizar os efeitos da perda do olfato.</p> |
| 58. Percepção diminuída | <p>visual</p> <p>286.Prover informações ao idoso sobre as mudanças na percepção visual em decorrência da idade.</p> <p>287.Auxiliar o idoso a estabelecer novas metas para aprender a “ver” com outros sentidos.</p> <p>288.Orientar e encorajar o idoso a procurar o oftalmologista, no mínimo, uma vez ao ano.</p> <p>289.Observar a reação do idoso à visão diminuída.</p> <p>290.Prover adequada iluminação no ambiente para o desempenho das atividades da vida diária.</p> <p>291.Alertar o cuidador que é necessário informar o idoso sobre as mudanças em seu quarto.</p> |
| 59. Disúria | <p>292.Descrever as características da dor, incluindo início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes;</p> <p>293.Incentivar a micção frequente a cada 2 a 3 horas, esvaziando a bexiga por completo;</p> <p>294.Estimular ingestão de líquidos;</p> <p>295.Oferecer informações sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando apropriado;</p> <p>296.Orientar o cuidador para monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos;</p> <p>297.Orientar quanto à importância da higiene íntima após cada micção.</p> |
| 60. Dor | <p>298.Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua o local, as características, o início, a duração, a frequência, a intensidade ou sua gravidade.</p> <p>299.Solicitar ao idoso que avalie sua dor em uma escala de 0 a 10.</p> <p>300.Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do idoso a dor (p.ex.: temperatura ambiente, iluminação, ruído);</p> <p>301.Investigar o conhecimento, as crenças e as influências culturais do idoso acerca da dor.</p> <p>302.Encorajar o idoso a discutir sua experiência de dor, quando adequado;</p> <p>303.Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor;</p> <p>304.Observar os sinais não verbais da dor.</p> |
| 61. Dor aguda | <p>305.Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua o local, as características, o início, a duração, a frequência, a intensidade ou a gravidade.</p> <p>306.Solicitar ao idoso que avalie sua dor em uma escala de 0 a 10.</p> <p>307.Avaliar experiências anteriores de dor.</p> <p>308.Considerar as influências culturais sobre as respostas à dor.</p> <p>309.Investigar o conhecimento e as crenças do idoso acerca da dor.</p> <p>310.Incentivar o idoso para que descreva a dor.</p> <p>311.Investigar como o idoso e/ou cuidador identificam os fatores que aliviam ou agravam a dor.</p> <p>312.Monitorar os sinais de dor.</p> |
| 62. Dor crônica | <p>313.Avaliar a dor com o uso de recursos complementares.</p> <p>314.Investigar se os analgésicos estão sendo utilizados de forma correta.</p> <p>315.Solicitar ao idoso que avalie sua dor em uma escala de 0 a 10.</p> <p>316.Avaliar se os estímulos ambientais influenciam a dor.</p> <p>317.Ensinar o idoso e/ou o cuidador métodos não farmacológicos de controle da dor, como imagem orientada, ioga, música.</p> <p>318.Discutir os benefícios da acupuntura, da homeopatia e de outras terapias complementares.</p> <p>319.Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.</p> <p>320.Monitorar os sinais de dor.</p> |

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|---|
| 63. Dor por artrite | 321. Investigar o impacto da dor sobre a capacidade de realizar as atividades da vida diária. 322. Solicitar ao idoso que avalie sua dor em uma escala de 0 a 10. 323. Informar sobre medidas de conforto como o uso de meias e roupas adequadas para manter os músculos e as articulações aquecidas. 324. Investigar sobre efeitos colaterais quando o idoso fizer uso de medicamento. 325. Orientar sobre os fatores que desencadeiam, agravam ou aliviam a dor. |
| 64. Conhecimento sobre o tratamento da dor | 326. Investigar o conhecimento e as crenças do idoso acerca do tratamento da dor. 327. Considerar as influências culturais sobre as respostas à dor. 328. Avaliar o conhecimento sobre as respostas ao controle e tratamento da dor. 329. Avaliar a resposta psicossocial ao ensino sobre o tratamento da dor. |
| 65. Fadiga | 330. Investigar os fatores causadores e contribuintes da fadiga. 331. Ajudar o idoso a verbalizar como a fadiga interfere em seu dia a dia. 332. Solicitar que avalie a fadiga de 0 a 10, usando a escala de Rhoten. 333. Auxiliar a identificar as prioridades e a eliminar as atividades não essenciais. 334. Explicar ao idoso e/ou cuidador as causas da fadiga. 335. Orientar para o planejamento das tarefas importantes durante os períodos de maior energia. 336. Incentivar o descanso antes das tarefas difíceis e a parar antes que surja a fadiga. 337. Sugerir mudanças no ambiente, como substituir degraus por rampa, instalar corrimãos. |
| 66. Risco de depressão | 338. Investigar os fatores de risco para depressão 339. Estabelecer uma relação terapêutica com o idoso e a família baseada na confiança e no respeito. 340. Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada. 341. Envolver ativamente o idoso em seu próprio cuidado. 342. Estimular a participação do idoso em atividades que aumentem o bem-estar, como festas em família. 343. Oferecer segurança e proteção ao idoso e a família. 344. Discutir com o idoso e sua família a importância e o valor da oração para a vida. |
| 67. Depressão | 345. Identificar os possíveis fatores envolvidos e o nível de depressão. 346. Estabelecer uma relação terapêutica com o idoso e a família baseada na confiança e no respeito. 347. Incentivar a procura da ajuda de outros profissionais. 348. Investigar se o idoso faz o uso correto da medicação prescrita para a depressão. 349. Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada, envolvendo ativamente o idoso em seu próprio cuidado. 350. Estimular a participação em atividades que aumentem o bem-estar, como festas em família. 351. Oferecer segurança e proteção ao idoso e a família. |

Os resultados evidenciam que as afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem classificadas nos fatores biológicos retratam as seguintes atividades de vida: “Respirar”; “Alimentar-se”; “Eliminar”; “Fazer a higiene pessoal e Vestir-se”; “Mobilidade”; “Exprimir a sexualidade” e “Dormir”.

Respirar, como já foi mencionado anteriormente, é a primeira atividade do indivíduo, sendo considerado um ato inerente à vida, conseqüentemente as atividades de vida dependem absolutamente da respiração.

Silva (2009) discorre que, no processo de envelhecimento, a amplitude da caixa torácica diminui, devido à atrofia da musculatura respiratória com diminuição do poder de tosse, conseqüentemente, exigindo mais da musculatura diafragmática e abdominal. Eliopoulos (2011) concorda com esse pensamento, quando afirma que, nessa fase, há um aumento da prevalência de condições que limitam a habilidade para adequar o pulmão em relação ao aumento ou à liberação de uma quantidade suficiente de dióxido de carbono. Sinais como, dispneia, respiração curta, gases sanguíneos, artérias anormais, cianose, respiração de lábios fechados, retração da musculatura respiratória, durante a respiração, e respiração superficial podem estar associados ao diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz, que foi a única afirmativa de diagnóstico/resultado relacionada à atividade de vida “Respirar” construída neste estudo, para o qual foram construídas intervenções de enfermagem.

A atividade de vida “Alimentar-se” é primordial para a promoção, a manutenção e/ou recuperação da saúde em todas as fases da vida. É inquestionável o seu impacto sobre o estado de saúde e a capacidade funcional, mesmo que as necessidades corporais de nutrientes básicos sejam constantes durante todas as fases da vida. O aspecto nutricional, inerente ao processo de envelhecimento, possibilita o alcance de uma boa qualidade de vida a esse grupo populacional (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

As alterações morfológicas, funcionais, comportamentais e psicológicas, que ocorrem gradualmente com o envelhecimento, muitas vezes associadas a aspectos fisiopatológicos e farmacológicos, podem, progressivamente, impedir que esse grupo etário mantenha um bom estado nutricional. Esses prejuízos implicam diretamente na ingestão dos alimentos e do aproveitamento dos nutrientes e podem, inclusive, levar à desnutrição (SILVA, 2009).

Ressalta-se que, em virtude do envelhecimento, o paladar e o olfato diminuem, a capacidade de mastigar, o peristaltismo, a sensação de fome e a secreção salivar também são reduzidos, há alterações involutivas de dentes e da gengiva, redução de secreção de ácido clorídrico, diminuição das contrações peristálticas no estômago, perda da capacidade de absorção de nutrientes, devido ao reduzido fluxo sanguíneo intestinal e à diminuição de absorção pelas células da motilidade e atrofia da mucosa. Essas alterações acarretam implicações no estado nutricional. Com o processo de envelhecimento, as pessoas podem perder o interesse em preparar e ingerir as refeições, inclusive salienta-se que, nessa fase da

vida, a perda dos dentes, influenciada pela cultura, por nutrição inadequada e alterações na gengiva também contribuem para muitas restrições alimentares, que podem levar a mudanças no estado nutricional (MARUCCI; MERCÚRIO, 2005; DIAS; CARDOSO, 2009; ELIOPOULOS, 2011).

Nesse sentido, é muito importante que o enfermeiro esteja preparado para identificar alguns aspectos, como perda da autonomia para comprar os alimentos, para administrar o dinheiro; perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se; perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos; perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos; perda ou redução da capacidade olfativa, o que interfere no apetite; algum motivo que o faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia; alterações de peso recentes; dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos (BRASIL, 2007; ELIOPOULOS, 2011).

Neste estudo, foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à atividade de vida “Alimentar-se”: Ingestão de alimentos prejudicada, Peso corporal adequado, Peso corporal aumentado, Peso corporal diminuído, Excesso de peso, Deglutição prejudicada, Dentição prejudicada, Hiperglicemia. Ressalta-se, ainda a construção de afirmativa de diagnóstico/resultado positivo e de intervenções de enfermagem para todos os diagnósticos/resultados de enfermagem.

A “Eliminação”, também, consiste em uma atividade essencial à vida, uma vez que seu objetivo é exprimir os produtos resultantes do catabolismo orgânico. Com o avanço da idade, os músculos envolvidos no sistema urinário enfraquecem, e sua capacidade fica menor, conseqüentemente, torna seu esvaziamento mais difícil, e isso pode acarretar a retenção de grandes volumes de urina. Ocorre também retardo do reflexo de micção. O aumento da frequência urinária, a urgência urinária e a nictúria acompanham as mudanças na bexiga no processo de envelhecimento (ELIOPOULOS, 2011).

A incontinência urinária tem sido um dos problemas mais frequentes nos idosos. Esse distúrbio de perda involuntária de urina, comum e perturbador em idosos, requer atenção hábil do enfermeiro. O envelhecimento, por si só, não causa incontinência urinária, mas ela é predisposta pelas alterações do sistema urinário secundárias a esse fenômeno. Cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la, todavia a vergonha ou a crença de que seja consequência normal do processo de envelhecimento fazem com que tenham timidez de relatar o distúrbio. A frequência e a importância do seu evento estão

associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis - delírios, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso - e devem ser investigadas (BRASIL, 2007; ELIOPOULOS, 2011).

Com o avançar da idade, ocorrem mudanças no sistema digestório, incluindo diminuição da motilidade dos órgãos, perda da força e tônus do tecido muscular e suas estruturas de sustentação, redução dos mecanismos secretores e diminuição da resposta à dor e sensações internas. No intestino, ocorre constipação, todavia o envelhecimento, por si só, não causa esse incômodo, que resulta de uma combinação de fatores de riscos, a saber: reduzida ingestão de fibras e líquidos, diminuição da atividade física, doenças crônicas (diabetes mellitus, doença de Parkinson, depressão) e do uso de múltiplos medicamentos. Vale ressaltar que a sua incidência corresponde a um significativo problema de saúde nesse grupo etário, que implica prejuízos à qualidade de vida (TORTORA; GRABOWSKI, 2002; GOMES, 2009). Na pesquisa-mãe, constatou-se que 15,4% do grupo populacional autorreferiu incontinência urinária ou fecal como um dos problemas de saúde. Ressalta-se que no instrumento questionavam-se os dois problemas de saúde juntos, portanto não foi possível a obtenção de dados sobre a incontinência urinária e a fecal separadamente.

No estudo, foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem para a Atividade de Vida “Eliminação”: Eliminação urinária adequada, Eliminação urinária prejudicada, Incontinência urinária, Risco de incontinência urinária de urgência, Retenção urinária, Incontinência intestinal, Diarreia, Risco de constipação, Constipação. Para cada diagnóstico/resultado, foram também construídas as intervenções de enfermagem.

Fazer a “Higiene pessoal e Vestir-se”, como já foi mencionado, são atividades que dependem de cada indivíduo, especialmente da sua cultura, mas, independentemente desses fatores, quando realizada corretamente e convenientemente, pode prevenir muitas doenças.

Vestir-se é uma atividade significativa no bem-estar psicológico do indivíduo, pois, muitas vezes, é utilizado como meio adaptativo para as necessidades ambientais e sociais, constituindo um valor importante para os idosos, devido à perda dos suportes habituais de ego (vigor físico e *status* social). Vestir-se e despir-se são ações que exigem muita coordenação, destreza, equilíbrio, amplitude de movimento e força muscular, e como essas funções estão afetadas pelo envelhecimento do sistema musculoesquelético, é comum os idosos terem dificuldade para realizar tal ação (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Para essa atividade de vida, foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem: Capacidade para cuidar da higiene pessoal

satisfatória, Capacidade de executar cuidados prejudicada, Capacidade para fazer a higiene oral efetiva, Mucosa oral prejudicada, Capacidade de tomar banho prejudicada, Capacidade de usar o sanitário prejudicada, Incapacidade para cuidar da higiene pessoal, Capacidade de vestir-se/despir-se e arrumar-se efetiva, Capacidade de vestir-se/despir-se e arrumar-se prejudicada. Para cada diagnóstico/resultados, foram também construídas as intervenções de enfermagem.

A atividade de vida “Mobilidade” está presente em todas as atividades. Considerando isso, qualquer prejuízo na movimentação traz consequências para todos os níveis biológico, psicológico, sociocultural e político-econômico do indivíduo, e isso se reflete na autonomia/independência da concretização de outras atividades de vida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

Dentre as inúmeras alterações, em decorrência do processo de envelhecimento, destacam-se aquelas relativas à atividade motora, como o enfraquecimento muscular e esquelético, diminuição da coordenação motora e do equilíbrio, perda de massa muscular, tônus muscular diminuído. Essas alterações provocam lentidão nos movimentos, afetam a aparência, causam dificuldades e/ou dores ao trocar de passo, e em determinados momentos, é preciso apoiar-se em superfícies de mobiliários ou nas pessoas. Enfim, causam prejuízos à deambulação do idoso, afetam profundamente sua capacidade funcional e, por conseguinte, geram impactos negativos para sua vida (ROACH, 2003; ARAÚJO; BACHION, 2005).

As possíveis causas que comprometem a mobilidade física em idosos são: a redução da força física, tanto da força estática e da dinâmica máxima, quanto da potência e da velocidade máximas, diminuição da tolerância ao esforço físico, dores, perdas do domínio cognitivo, menor estimulação sobre o sistema cardiovascular, alterações nas funções neuromusculares, enfraquecimento muscular, lesões que afetam músculos, ossos e ligamentos e doenças crônicas degenerativas (ARAÚJO; BACHION, 2005).

A diminuição da força muscular de membros inferiores nos idosos tem aumentado a instabilidade e, conseqüentemente, o risco de quedas e a dependência do indivíduo. Intrinsecamente a esse risco, gera-se o medo de cair, o que traz conseqüências negativas para o bem-estar físico e funcional dos idosos, a perda de independência, a diminuição da capacidade de realizar as atividades da vida diária e a restrição da atividade física. Quase sempre, isso justifica o estilo de vida sedentário nos idosos (MARTIN et al., 2005).

É preciso, então, entender e trabalhar a incapacidade e a deficiência entre os idosos, considerando que não são determinadas somente por condições de saúde/doença, como também pelos aspectos culturais, pelo contexto social e ambiental e pela disponibilidade de

serviços (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A Enfermagem deve ajudar a minimizar suas limitações e a fortalecer sua capacidade, na perspectiva de mantê-los ativos e interessados pelo que está ao seu redor. Para isso, deve contribuir para que continuem capazes e independentes (físico e mentalmente).

Os diagnósticos/resultados de enfermagem construídos no estudo, relacionados à atividade de vida “Mobilidade”, foram: Andar efetivo, Andar prejudicado, Marcha prejudicada, Capacidade de se transferir efetiva, Capacidade de se transferir prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Intolerância com a atividade. Para cada diagnóstico/resultados, foram também construídas as intervenções de enfermagem.

A sexualidade é uma função vital, que permeia todas as fases do desenvolvimento do ser humano. Cada pessoa tem uma maneira peculiar de expressar sua sexualidade, com base no modo como lhe foi permitida. Certamente, o idoso vivencia a sexualidade que lhe foi admitida na infância, na adolescência, na juventude e na maturidade. O comportamento sexual é multideterminado pelos princípios, como cultura, religião e educação. Esses valores implicam o desenvolvimento sexual, determinando a maneira como a pessoa passa a vivenciá-la (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007; RODRIGUES, 2008).

Além de fatores de caráter fisiológico, existem fatores psicológicos que exercem influências determinantes na evolução da sexualidade. Em nossa sociedade, os idosos enfrentam preconceitos e tabus imbricados em consequência da expressão da sexualidade. Muitos deles estão enraizados socialmente e interiorizados na própria pessoa e, com o passar da idade, acabam refletindo em seu comportamento, porquanto a oportunidade de manifestar o amor e a sexualidade é dada apenas aos jovens.

Como já foi referida, a sexualidade não se restringe à atividade sexual nem à área genital e independe da faixa etária. As mulheres experimentam mudanças pelas quais seu corpo passa, sobretudo no período da menopausa, sinalizando o fim da capacidade reprodutora, o que não implica o término da sexualidade. Compreende-se que a sexualidade corresponde ao equilíbrio entre as emoções e as causas psicológicas. Caso o homem sinta receio, pessimismo ou ansiedade, relacionada à impotência sexual, isso pode acabar gerando um estresse suficiente para precipitar o fim da vida sexual (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Alguns problemas de saúde (doenças endócrinas, doenças pélvicas infecciosas, diabetes mellitus, doença renal crônica, doenças hepáticas, alcoolismo e o uso de drogas) podem provocar limitações, mas não impedir, na maioria dos casos, que um idoso leve uma vida sexual ativa (BUCHELE; OLIVEIRA; PEREIRA, 2006). Outros problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrite, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais

de fármacos. Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas ligados à capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento (BRASIL, 2007).

Para essa atividade de vida “Expressar a sexualidade” foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem: Padrão de sexualidade ineficaz e Disfunção sexual, para as quais foram construídas intervenções de enfermagem.

As mudanças ocorridas pelo envelhecimento interferem na qualidade do sono e no repouso. A quantidade de horas dormidas não muda, mas pode mudar o horário em que isso ocorre. Esse tipo de mudança causa repercussão na vida do idoso, pois adormece em atividades à noite e de manhã cedo está acordado, enquanto todos os demais familiares estão dormindo (ELIOPOULOS, 2011). Essas modificações no padrão do sono e no repouso alteram o balanço homeostático e interferem na função psicológica, no sistema imunológico e no comportamento, respondendo de forma negativa na qualidade de vida dos idosos (FREITAS et al., 2002).

O estudo traz implicações relevantes em relação à atenção ao idoso, visto que, a partir das afirmativas dos diagnósticos/resultados de enfermagem Padrão de sono efetivo e Sono prejudicado, construídas em relação à atividade de vida “Dormir”, elaboraram-se intervenções que podem contribuir para a promoção da melhor qualidade do sono e repouso em sua rotina habitual.

Apesar de se reconhecer a aplicabilidade do modelo de atividade de vida para a classificação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem no presente estudo, no que diz respeito aos fatores biológicos, chama a atenção o fato de que não foi possível classificar algumas situações dentro das doze atividades de vida, como por exemplo, Aceitação do estado de saúde, Aceitação do estado de saúde prejudicada, Capacidade para o autocuidado efetivo, Incapacidade de melhorar o autocuidado, Capacidade para manter a saúde adequada, Capacidade para gerir o regime terapêutico efetiva, Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada, Conhecimento sobre o processo saúde/doença adequado, Desconhecimento sobre o processo saúde/doença (especificar), Pressão sanguínea normal, Pressão sanguínea alterada, Pele seca, Risco de úlcera por pressão, Úlcera por pressão ausente, Úlcera por pressão, Úlcera venosa, Percepção auditiva diminuída, Percepção gustativa alterada, Percepção olfativa prejudicada, Percepção visual diminuída, Disúria, Dor, Dor aguda, Dor crônica, Dor por artrite, Conhecimento sobre o tratamento da dor, Fadiga, Risco de depressão e Depressão.

As teóricas consideram que as atividades de vida apresentam várias dimensões de extrema complexidade e intimamente relacionadas entre si (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000), o que reforça a necessidade de validar essas afirmativas por atividades de vida.

Quadro 5 – Distribuição das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos **fatores psicológicos** do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011.

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|--|
| 1. Disponibilidade para a tomada de decisão efetiva | 1. Apoiar o processo de tomada de decisão do idoso e da família. 2. Encorajar a desenvolver novas habilidades para tomar decisões familiares, financeiras, etc. 3. Elogiar a tomada de decisão do idoso e da família. |
| 2. Apoio da família eficaz | 4. Dar oportunidade à família para que faça perguntas e tire suas dúvidas em relação ao estado de saúde do idoso. 5. Discutir estratégias para que a família continue apoiando o idoso. 6. Elogiar e reforçar o apoio da família ao idoso. |
| 3. Falta de apoio da família | 7. Conversar com os membros da família sobre as condições do idoso. 8. Enfatizar a importância do apoio da família para o bem-estar do idoso. 9. Envolver familiares no cuidado ao idoso, solicitando sugestões dos cuidados que devem ser oferecidos ao idoso. 10. Aceitar os valores da família sem julgamentos. |
| 4. Comunicação verbal prejudicada | 11. Avaliar a capacidade do idoso de se comunicar. 12. Ensinar ao idoso métodos simples de comunicar suas necessidades. 13. Dar uma orientação simples de cada vez. 14. Encorajar a repetir palavras. 15. Oferecer reforço positivo e elogios, quando apropriado. 16. Dar tempo para responder. 17. Usar palavras simples e frases curtas, evitando baixar a voz no final da frase. 18. Oferecer informações verbais e escritas. 19. Solicitar que o idoso repita a informação nova. |
| 5. Concentração prejudicada | 20. Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva. 21. Reforçar ou repetir as informações. 22. Usar a televisão, o rádio ou a música como parte do programa de estímulos planejados. 23. Usar métodos de apresentação de matérias. |
| 6. Memória efetiva | 24. Avaliar e reforçar o sucesso da memória. 25. Ensinar ao idoso/familiares técnicas de treino da memória. 26. Elogiar o treino da memória. 27. Promover o uso de dispositivos auxiliares de memória. |
| 7. Memória prejudicada | 28. Ensinar exercícios de associações entre os nomes e as imagens mentais. 29. Estimular sua mente com lembranças e imagens do cotidiano. 30. Estimular a repetir o que quer se lembrar em voz alta ou escrever em um papel. 31. Fazer uma pergunta de cada vez. 32. Incentivar a usar indicadores escritos para estimular a memória, tais como listas, bloco de anotações, agendas. 33. Orientar quanto ao uso de indicadores auditivos (despertador, alarme) com a finalidade de lembrete. |
| 8. Confusão aguda | 34. Manter o idoso orientado no tempo e no espaço. 35. Incentivar a socialização e a tomada de decisão, como por exemplo, na escolha da roupa que irá vestir. 36. Desencorajar a usar roupas de dormir durante o dia. 37. Proporcionar educação à sua família, às pessoas próximas e aos que |

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|--|
| | prestam cuidados em relação à situação e aos métodos de enfrentamento. |
| 9. Confusão crônica | 38. Investigar o estilo de vida antes do surgimento da confusão. 39. Manter o idoso orientado no tempo e no espaço. 40. Proporcionar educação à família, às pessoas próximas e aos que prestam cuidados quanto à manutenção do ambiente organizado, com medicamentos, produtos de limpeza e outros produtos químicos tóxicos em locais acessíveis. |
| 10. Orientação temporal e espacial efetiva | 41. Orientar sobre tempo, espaço e pessoas. 42. Reforçar o uso de indicadores (relógios, calendários, código de cores do ambiente) para estimular a orientação. 43. Incentivar acesso à televisão, jornais, rádio, relatos verbais, conforme necessário. 44. Elogiar sua aprendizagem cognitiva. |
| 11. Orientação temporal e espacial prejudicada | 45. Orientar sobre tempo, espaço e pessoas. 46. Usar indicadores (relógios, calendários, código de cores do ambiente) para estimular a memória e reorientar o idoso. 47. Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo idoso. 48. Incentivar o acesso a televisão, jornais, rádio, relatos verbais, conforme necessário. 49. Repetir as verbalizações, quando necessário. |
| 12. Autoestima baixa | 50. Ajudar a reformular e redefinir as expressões negativas. 51. Aceitar seus valores sem julgamentos. 52. Respeitar sua necessidade de privacidade. 53. Respeitar seu espaço pessoal. 54. Incentivar a participação em grupos intergeracionais. 55. Proporcionar um <i>feedback</i> realista e positivo durante os encontros. |
| 13. Ansiedade | 56. Ajudar a identificar as situações precipitadoras da ansiedade. 57. Avaliar seu nível de ansiedade. 58. Discutir sobre a solução de problemas. 59. Criar uma atmosfera que facilite a confiança. 60. Ajudar o idoso a compreender a ansiedade e suas oportunidades para superá-la. 61. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. 62. Evitar exigências ou que o idoso tome decisões durante os encontros com o mesmo. 63. Incentivar desenvolver serviços voluntários. 64. Informar sobre exercícios de relaxamento, através da respiração controlada. 65. Limitar a estimulação no ambiente. |
| 14. Ansiedade da morte | 66. Avaliar seu nível de ansiedade em relação à morte. 67. Permitir que o idoso verbalize seus sentimentos em relação à morte. 68. Reconhecer sua experiência cultural e espiritual em relação à morte. 69. Usar uma abordagem calma e segura. 70. Encorajar a compartilhar seus sentimentos e suas preocupações. 71. Escutar suas queixas. 72. Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento. |
| 15. Ansiedade melhorada | 73. Apoiar os mecanismos de enfrentamento presentes. 74. Fomentar esperanças realistas, se adequado. 75. Oferecer reforço positivo à atitude melhorada. 76. Proporcionar reforço positivo para seus esforços. |
| 16. Medo | 77. Encorajar a verbalizar sentimentos de percepção e de medo. 78. Identificar quando o nível de medo se modifica. 79. Criar uma atmosfera que facilite a confiança. 80. Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento. |
| 17. Medo da morte | 81. Identificar o nível de medo que tem da morte. 82. Compreender sua perspectiva sobre o medo da morte. 83. Encorajar a identificar medidas de enfrentamento eficazes sobre o medo |

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|---|
| | da morte. 84. Ouvir o idoso atentamente. 85. Incentivar a família a permanecer com o idoso, conforme necessário. |
| 18. Tristeza crônica | 86. Identificar as causas da tristeza e dos sentimentos negativos. 87. Estimular a verbalização de sentimentos. 88. Encorajar o idoso a compartilhar os sentimentos. 89. Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada. |
| 19. Desesperança | 90. Identificar as causas do sentimento de desesperança. 91. Auxiliar o idoso a verbalizar sobre a presença da desesperança em sua vida. 92. Aceitar os sentimentos do idoso. 93. Ajudar a estabelecer metas atingíveis e realistas em sua vida. 94. Discutir as razões para viver. 95. Elogiar os pontos fortes, e não, as fraquezas. |

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem classificadas nos **fatores psicológicos** retratam as seguintes atividades de vida: “Comunicação” e “Morte”.

A atividade de vida “Comunicação” pode promover a interação interpessoal e o relacionamento entre as pessoas, tendo em vista que pode assumir várias formas (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000). A comunicação e a interação que o enfermeiro estabelece entre o idoso e a sua família são meios de intervenção, por excelência, não só para restabelecer a comunicação e a interação do idoso com os outros, como também uma forma de diagnosticar e identificar dificuldades sentidas pelo doente.

Comunicar consiste em partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, ideias e desejos, utilizando para isso códigos comuns. A comunicação é fundamental à vida do ser humano (SOUSA; RUSSO, 2009). A maioria dos idosos se queixa quanto à dificuldade de compreender a linguagem falada, principalmente em situações desfavoráveis, como em ambientes ruidosos. Essa dificuldade pode ser ainda maior quando somada à perda auditiva (SILVA, 2009).

Para esta atividade foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem: Disponibilidade para a tomada de decisão efetiva, Apoio da família eficaz, Falta de apoio da família, Comunicação verbal prejudicada, Concentração prejudicada, Memória efetiva, Memória prejudicada, Confusão aguda, Confusão crônica, Orientação temporal e espacial efetiva, Orientação temporal e espacial prejudicada.

A atividade de vida “Morte”, como já foi mencionada, é a última etapa do ciclo de vida. Dependendo das culturas e das formas de realizações dos idosos, a morte pode ser encarada de muitas e variadas formas. A morte permeia a vida, é a interrupção de todas as funções vitais, no entanto, embora conhecendo as explicações breves dessa realidade

indiscutível, continua-se a relutar em aceitar tamanha simplicidade. Cada ser humano traz dentro de si sua própria representação, que varia de acordo com a cultura, tanto no que diz respeito ao seu aspecto de espaço quanto de tempo. Cada pessoa tem sua maneira de vivenciá-la. O envelhecimento traz consigo a evocação da ideia de finitude e, conseqüentemente, o medo dela (SILVA, 2009; ELIOPOULOS, 2011).

Os resultados evidenciam que os fatores psicológicos permitiram a construção das seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, relacionados à atividade de vida “Morte”: Autoestima baixa, Ansiedade, Ansiedade da morte, Ansiedade melhorada, Medo, Medo da morte, Tristeza crônica, e Desesperança. Para estes diagnósticos/resultados foram construídas intervenções de enfermagem.

Quadro 6 – Distribuição das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos **fatores socioculturais** do modelo das atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|--|
| 1. Comportamento de procura de saúde satisfatório | 1. Identificar os fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para comportamento de procura de saúde. 2. Auxiliar o idoso a esclarecer suas crenças e valores de saúde. 3. Observar os conhecimentos do idoso sobre saúde e comportamento. 4. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde. 5. Orientar quanto à prática de atividade física moderada regular. |
| 2. Comportamento de procura de saúde prejudicado | 6. Informar sobre os serviços de saúde mais próximos e seu funcionamento. 7. Obter sua história de saúde, incluindo a descrição dos hábitos e dos fatores de saúde, os riscos e os medicamentos em uso. 8. Apresentar a Caderneta de Saúde da pessoa idosa. 9. Orientar sobre os benefícios da saúde à vida. 10. Incentivar a prática de exercícios físicos moderados regulares. |
| 3. Manutenção da saúde prejudicada | 11. Obter a história de saúde, incluindo a descrição dos fatores e hábitos de saúde, os riscos e os medicamentos em uso. 12. Identificar os fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir sua motivação para comportamento saudável em busca da manutenção da saúde. 13. Identificar os conhecimentos de saúde e comportamento de sua vida. 14. Discutir sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 15. Orientar as vacinas presentes em calendário básico nacional de vacinação ao idoso. 16. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde. 17. Orientar sobre o comportamento em busca de saúde. 18. Promover a busca do comportamento da saúde. |
| 4. Atividades da vida diária atendidas | 19. Encorajar o idoso a continuar desempenhando as atividades da vida diária de acordo com o seu nível de capacidade. 20. Reforçar a importância de realizar as atividades da vida diária, tais como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, e ir ao banheiro. 21. Orientar acerca de atividades de lazer, respeitando suas preferências. 22. Reforçar a importância da socialização. |
| 5. Atividades da vida diária | 23. Discutir, com o idoso e o cuidador, sobre a importância de realizar |

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|---|
| prejudicadas | atividades da vida diária, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro. 24. Motivar o idoso de modo que ele sinta vontade de realizar ações diárias sozinho, identificando os limites de segurança para a atividade independente. 25. Estimular a realização de ações independentes dentro das novas condições. 26. Incentivar mudança gradual nos hábitos de vida, como por exemplo, alimentação, sedentarismo e socialização. 27. Encorajar o idoso a desempenhar as atividades da vida diária de acordo com o seu nível de capacidade. 28. Interferir quando ele não conseguir fazer as atividades da vida diária. |
| 6. Capacidade para tomar conta da casa efetiva | 29. Incentivar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar a atividade. 30. Encorajar a continuidade da atividade de tomar conta da casa. 31. Elogiar pela capacidade de tomar conta da casa efetiva. |
| 7. Capacidade para fazer compras satisfatória | 32. Incentivar a realização da atividade de compras. 33. Reforçar a independência na capacidade de fazer compras. 34. Elogiar pela capacidade de realizar a atividade de fazer compras. |
| 8. Capacidade de fazer compras prejudicada | 35. Encorajar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar a atividade de fazer compras. 36. Elogiar a capacidade de aprender a fazer compras. |
| 9. Capacidade de preparar alimentos efetiva | 37. Incentivar a realização da atividade de preparar alimentos. 38. Reforçar a independência na realização da atividade de preparar alimentos. 39. Elogiar pela capacidade de preparar alimentos. |
| 10. Capacidade de preparar alimentos prejudicada | 40. Avaliar sua capacidade de preparar alimentos. 41. Encorajar a independência para fazer a atividade, mas interferir quando o idoso não conseguir preparar os alimentos. 42. Incentivar a realização da atividade de preparar alimentos. 43. Reforçar a capacidade do idoso para o preparo de alimentos. 44. Elogiar pela capacidade de preparar alimentos. |
| 11. Atividade de lazer prejudicada | 45. Identificar as atividades de lazer favoritas 46. Auxiliar o idoso a selecionar as atividades de lazer compatíveis com suas capacidades psicológicas e sociais. 47. Estimular a escolher atividades que lhe proporcionem prazer, como leitura e caminhada. 48. Descrever os benefícios dos momentos de lazer. |
| 12. Capacidade de desempenhar atividades de lazer prejudicada | 49. Discutir sobre os benefícios dos momentos de lazer. 50. Incentivar a realização de atividades de lazer. 51. Reforçar a capacidade de desempenhar atividade de lazer. 52. Auxiliar na obtenção de transporte para realizar as atividades de lazer. 53. Auxiliar o idoso a escolher atividades de lazer compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. 54. Monitorar a resposta física, emocional e social à atividade de lazer. 55. Oferecer reforço positivo para a participação nas atividades. 56. Elogiar quando da realização das atividades de lazer. |
| 13. Falta de participação em atividades sociais e comunitárias | 57. Discutir a importância da socialização. 58. Incentivar a participação em atividades sociais e comunitárias. 59. Oferecer reforço positivo para a participação em atividades sociais e comunitárias. 60. Elogiar quando da participação em atividades sociais e comunitárias. |
| 14. Padrão de exercício prejudicado | 61. Informar o idoso sobre o propósito e os benefícios de realizar os exercícios. 62. Avaliar seu conhecimento acerca do exercício. 63. Orientar sobre como fazer alongamento corretamente antes e depois do exercício e sobre os motivos para tal, quando necessário. 64. Ajudar a realizar os exercícios corretamente. |

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|---|
| 15. Falta de conhecimento sobre o exercício físico | 65. Ensinar sobre os benefícios na realização de exercício. 66. Avaliar seu conhecimento acerca do exercício. 67. Avaliar a resposta psicossocial para instruções sobre o exercício. 68. Avaliar o padrão de exercício. 69. Gerir o regime de exercício. |
| 16. Falta de capacidade para gerir o regime de exercício | 70. Avaliar a capacidade para conduzir o regime de exercício. 71. Discutir acerca da importância do regime de exercício. 72. Reconhecer as dificuldades da pessoa idosa. 73. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do regime de exercícios. |
| 17. Não adesão ao exercício | 74. Avaliar o conhecimento que o idoso tem sobre o exercício. 75. Informar sobre o propósito e os benefícios de realizar o exercício. 76. Orientar sobre como fazer alongamento corretamente, antes e depois do exercício e sobre os motivos para tal, quando necessário. |
| 18. Estilo de vida sedentário | 77. Discutir a importância da atividade física moderada regular como, por exemplo, caminhada. 78. Oferecer reforço positivo para se engajar nas atividades físicas. 79. Monitorar a resposta física, emocional e social às atividades físicas. 80. Orientar sobre a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos diários. 81. Orientar atividades de lazer com base nos interesses e compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. 82. Orientar a procurar o serviço de saúde para avaliação periódica das condições de saúde. |
| 19. Risco de queda | 83. Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes no domicílio. 84. Avaliar a capacidade e limitação no desenvolvimento de atividades. 85. Encorajar o idoso a solicitar auxílio durante a noite. 86. Informar sobre a importância de fazer caminhada regular para melhorar o equilíbrio, a estabilidade. 87. Informar quanto ao tipo de calçado adequado. 88. Orientar a respeito do uso de corrimão e barras de apoio. 89. Orientar sobre o alcance de objetos mais frequentes. 90. Orientar sobre o uso de iluminação adequada no ambiente domiciliar. |
| 20. Queda | 91. Investigar as causas da queda. 92. Investigar déficits sensoriais e motores. 93. Incentivar o uso de bengala, muleta, andador e cadeira de rodas apropriadamente, quando prescritos. 94. Encorajar a usar óculos, aparelhos auditivos e próteses, conforme prescritos. 95. Informar quanto ao tipo de calçado adequado. 96. Sugerir sapatos seguros que facilitem o andar. |
| 21. Risco de lesão | 97. Discutir sobre os possíveis acidentes domésticos (queda, queimadura, choque elétrico). 98. Incentivar o uso de bengalas, andadores e cadeiras de rodas de forma correta e apenas quando prescritos. 99. Estimular o uso de óculos, aparelho auditivo e próteses, quando prescritos. 100. Sugerir o uso de calçados de salto baixo, seguros e calças de comprimento correto. |
| 22. Risco para solidão | 101. Incentivar a interação social. 102. Incentivar o convívio com familiares e vizinhos. 103. Orientar passeios para visitas a familiares. |
| 23. Solidão | 104. Encorajar o idoso a falar sobre seus sentimentos de solidão e as razões pelas quais eles existem. 105. Informar sobre a existência de grupos de pessoas idosas na comunidade. 106. Incentivar a interação social. 107. Incentivar o convívio com familiares e vizinhos. |
| 24. Risco para violência doméstica | 108. Investigar sinais de negligência. 109. Encorajar a discutir sobre incidentes de abuso ou ameaças. |

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|--|--|
| | <p>110.Observar sinais de ansiedade, nervosismo e medo.</p> <p>111.Promover apoio psicológico e fornecer informações necessárias para o idoso ter acesso aos locais de denúncia contra maus-tratos.</p> |
| 25. Violência doméstica evidente | <p>112.Identificar sinais de violência, inclusive em diferentes estágios de cicatrização; lacerações, hematomas, fraturas, falta de cabelos ou couro cabeludo sensível e marcas de mordidas humanas.</p> <p>113.Determinar se o idoso demonstra sinais de negligência, incluindo higiene insatisfatória, roupas inadequadas ou não apropriadas, dentes fraturados, problemas de saúde não tratados.</p> <p>114.Verificar o comportamento do idoso quando ele está afastado do cuidador.</p> <p>115.Comunicar os casos de violência às autoridades competentes.</p> |
| 26. Crença religiosa conflituosa | <p>116.Avaliar as crenças espirituais da família.</p> <p>117.Compartilhar com o idoso as suas crenças sobre o sentido e a finalidade da vida, quando apropriado.</p> <p>118.Oferecer ao idoso a oportunidade para discutir sobre vários tipos de crenças e visões de mundo.</p> <p>119.Encorajar a frequentar cerimônias religiosas.</p> <p>120.Estar aberto a expressões individuais de preocupação sobre o assunto em discussão.</p> |
| 27. Disponibilidade para crença religiosa facilitadora | <p>121.Encorajar a participar de eventos religiosos, retiros, e grupos de oração.</p> <p>122.Oferecer reforço pela disponibilidade para crença religiosa.</p> |
| 28. Risco de crença religiosa conflituosa | <p>123.Auxiliar na identificação de barreiras e atitudes que dificultem a crença religiosa.</p> <p>124.Encorajar o idoso a participar de eventos religiosos, de retiros e grupos de oração.</p> |
| 29. Relacionamento familiar satisfatório | <p>125.Aceitar os valores da família sem julgamentos.</p> <p>126.Incentivar a continuidade de reuniões familiares que proporcionam momentos de bem-estar.</p> <p>127.Elogiar pelo comportamento no relacionamento familiar.</p> |
| 30. Relacionamento familiar prejudicado | <p>128.Ajudar a família a identificar e a resolver conflitos que têm causado prejuízos.</p> <p>129.Auxiliar os membros da família a utilizarem mecanismos que minimizem o prejuízo.</p> <p>130.Respeitar e apoiar os mecanismos de enfrentamento usados pela família.</p> |
| 31. Falta de conhecimento do cuidador sobre como cuidar do idoso | <p>131.Reconhecer as dificuldades do cuidador.</p> <p>132.Observar a aceitação do papel de cuidador.</p> <p>133.Investigar os aspectos positivos e negativos do cuidador.</p> <p>134.Discutir sobre as limitações do idoso.</p> <p>135.Ensinar o cuidador a cuidar do idoso considerando os aspectos do envelhecimento.</p> <p>136.Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.</p> |
| 32. Falta de conhecimento do cuidador sobre o regime terapêutico | <p>137.Ensinar ao cuidador sobre o regime terapêutico.</p> <p>138.Orientar acerca da procura pelo serviço de saúde para acompanhamento e em caso de surgimento de reações pelo uso de medicamentos.</p> <p>139.Orientar o cuidador sobre o desmame dos medicamentos.</p> <p>140.Mostrar-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do regime terapêutico.</p> |
| 33. Sobrecarga de atividades do cuidador | <p>141.Ensinar estratégias de manutenção dos cuidados de saúde, de modo a manter a própria saúde física e mental.</p> <p>142.Investigar como ele enfrenta as dificuldades.</p> <p>143.Investigar se existe cuidador secundário.</p> <p>144.Sugerir divisão de atividades com outros familiares.</p> <p>145.Promover para o cuidador momentos de lazer.</p> <p>146.Encorajar o cuidador a manter uma vida social.</p> |

Os resultados evidenciam que os fatores socioculturais permitiram a construção de afirmativas diagnósticos/resultados relacionados às seguintes atividades de vida: “Manter um ambiente seguro”; “Trabalhar e divertir-se”; “Mobilidade”, “Comunicação”.

Manter um ambiente seguro, como já foi mencionado anteriormente, é uma atividade de caráter preventivo. Em seu dia a dia, o indivíduo procura realizar atividades que, de uma forma ou de outra, contribuam para a preservação de um ambiente seguro, e embora se trate de rotina, realizam-se quase sem esforço consciente. Exemplos de algumas medidas de segurança são as que evitam acidentes no lar e as que protegem contra os incêndios. Algumas pessoas, para além de garantir a própria segurança, procuram dar às futuras gerações um ambiente tão seguro quanto possível (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

Com o avanço da idade, a diminuição da capacidade física e intelectual reflete no desempenho das atividades de vida e intensifica a necessidade de se manterem os ambientes seguros (pisos regulares, rampas, degraus baixos, iluminação adequada, barras de apoio em banheiros, corrimãos), na tentativa de minimizar os riscos de acidentes que, frequentemente, levam a pessoa idosa a situações de incapacidade e dependência. Sabe-se que esse grupo populacional tem sido muito susceptível a quedas, em decorrência das doenças articulares, da perda muscular, da diminuição da força e do equilíbrio, assim como a tonturas e a diminuição da acuidade visual e auditiva (SILVA; ALVES, 2003). O risco de quedas em idosos que têm medo de cair é mais acentuado quando eles restringem suas atividades (MARTIN et al., 2005).

Os resultados permitiram a construção das seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados a manter um ambiente seguro: Risco de queda, Queda, Risco de lesão, Risco para violência doméstica, Violência doméstica evidente, Para esses diagnósticos/resultados, também foram construídas as intervenções de enfermagem, conforme apresentado no quadro 6.

Trabalhar é a palavra mais usada para descrever a atividade diária principal do adulto, associada a emprego remunerado. Mesmo assim, o trabalho sempre foi categoria fundamental para o desenvolvimento humano. É meio da produção da vida de cada um, por meio do qual se provê a subsistência, criando sentidos existenciais ou contribuindo para a estruturação da personalidade e da identidade. O ser humano cresce preparando-se para o trabalho e necessita dele, não só por uma questão de sustentabilidade, mas também de crescimento pessoal. A relação do homem com o trabalho faz com que existam concepções e significados diferentes, pois nenhum homem, embora exerça funções semelhantes no processo de trabalho, consegue trabalhar da mesma forma (BULLA; KAEFER, 2003).

Assim como o trabalho é, predominantemente, a principal fonte de rendimento do indivíduo na vida adulta, as atividades de diversão são de suma importância para a promoção da autoestima e autorrealização da pessoa idosa, principalmente após as mudanças abruptas causadas pela aposentadoria, quando aumenta o tempo livre das obrigações trabalhistas (GÁSPARI; SCCHWARTZ, 2005).

De acordo com os resultados, foram construídas as seguintes afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados a “Trabalho e divertir-se”: Atividade de lazer prejudicada, Capacidade de desempenhar atividades de lazer prejudicada, Falta de participação em atividades sociais e comunitárias e Sobrecarga de atividades do cuidador, para os quais foram construídas as intervenções de enfermagem, conforme apresentado no quadro 6.

Mobilidade é uma das atividades humanas mais importantes e mais atingidas com o envelhecimento, porquanto sua falta acarreta prejuízos para a autonomia/independência na realização de atividades e contribui para o empobrecimento das redes sociais do idoso, propiciando, muitas vezes, a solidão ou até mesmo a violência no convívio familiar. A Enfermagem precisa, então, direcionar uma atenção específica ao idoso, pois, nesse período, é necessária uma abordagem da família, posto que ela sofre com as limitações funcionais e cognitivas e tem que lidar, em diversas situações, com a inversão de papéis.

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à atividade de vida “Mobilidade” foram: Comportamento de procura de saúde satisfatório, Comportamento de procura de saúde prejudicado, Manutenção da saúde prejudicada, Atividades da vida diária atendidas, Atividades da vida diária prejudicadas, Capacidade para tomar conta da casa efetiva, Capacidade de fazer compras satisfatória, Capacidade de fazer compras prejudicada, Capacidade de preparar alimentos efetiva, Capacidade de preparar alimentos prejudicada, Padrão de exercício prejudicado, Falta de conhecimento sobre o exercício físico, Falta de capacidade para gerir o regime de exercício, Não adesão ao exercício, Estilo de vida sedentário. Para esses diagnósticos/resultados, também foram construídas as intervenções de enfermagem, conforme apresentado no quadro 6.

O ato de comunicar é uma atividade presente em todas as fases do desenvolvimento humano e essencial para a preservação da sua integridade física, psicológica e social. Relaciona-se com a qualidade de vida, uma vez que diz respeito a satisfação do indivíduo consigo mesmo, com os laços partilhados com seus familiares e com os grupos aos quais pertença (BICUDO, 2009).

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à atividade de vida “Comunicação”, construídas no estudo foram: Risco de solidão, Solidão, Crença religiosa conflituosa, Disponibilidade para crença religiosa facilitadora, Risco de crença religiosa conflituosa, Relacionamento familiar satisfatório, Relacionamento familiar prejudicado, Falta de conhecimento do cuidador sobre como cuidar do idoso, Falta de conhecimento do cuidador sobre o regime terapêutico. Para esses diagnósticos/resultados, também foram construídas as intervenções de enfermagem, como mostra o quadro 6.

Quadro 7 – Distribuição das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos **fatores ambientais** do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011.

| Diagnósticos/resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---|---|
| 1. Acesso ao serviço de saúde eficaz | 1. Orientar a manter Cartão de Saúde da Pessoa Idosa em dia. 2. Reforçar a busca pelos serviços de saúde. 3. Elogiar a procura pelo idoso e a família dos serviços de saúde. |
| 2. Acesso ao serviço de saúde prejudicado | 4. Investigar as causas da não procura pelo serviço de saúde. 5. Orientar sobre a necessidade de acompanhamento da saúde. 6. Encorajar a busca pelos serviços de saúde. |
| 3. Condição de moradia prejudicada | 7. Realizar uma investigação completa para identificar todos os fatores responsáveis pelos prejuízos no domicílio. 8. Orientar acerca da manutenção da casa, desinfecção, controle de insetos, segurança. |
| 4. Ambiente poluído | 9. Iniciar investigação de riscos e/ou agravos à saúde do idoso, proveniente do ambiente poluído. 10. Informar quanto ao controle ou prevenção de ruídos indesejáveis ou excessivos. 11. Orientar a redução de agravos ambientais, quando possível. 12. Encorajar o idoso, a família e os vizinhos a participarem ativamente da redução da poluição do ambiente. 13. Incentivar a não exposição do idoso nos ambientes poluídos (ruídos, lixo, poluição do ar). |
| 5. Risco para falta de segurança no ambiente físico | 14. Avaliar o ambiente para os aspectos de segurança. 15. Avaliar o risco para falta de segurança no ambiente físico. 16. Gerir a segurança do ambiente. |
| 6. Risco para estresse por mudança de ambiente | 17. Avaliar o impacto no idoso para a mudança de ambiente. 18. Investigar se o idoso fez outras mudanças anteriores. 19. Encorajar o idoso a discutir as preocupações a respeito da mudança. 20. Investigar o uso de estratégias de enfrentamento. |
| 7. Estresse disfuncional por mudança de ambiente | 21. Avaliar o estresse após a mudança de ambiente. 22. Avaliar sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos do estresse por mudança de ambiente (ansiedade, depressão, maiores exigências, desesperança). 23. Encorajar o idoso a discutir sobre as preocupações a respeito da mudança. 24. Avaliar o impacto da ruptura do estilo de vida e a adaptação a um novo ambiente. |

Os resultados expressam que os fatores ambientais permitiram a construção das afirmativas diagnósticos/resultados relacionados à atividade de vida “Manter um ambiente

seguro”. Essa atividade, como já foi referido, auxilia no desempenho das atividades de vida da pessoa idosa, no tocante à prevenção de acidentes no lar, como incêndios, choque elétrico, dentre outros.

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à atividade de vida “Manter um ambiente seguro” foram: Acesso ao serviço de saúde eficaz; Acesso ao serviço de saúde prejudicado; Condição de moradia prejudicada; Ambiente poluído; Risco para falta de segurança no ambiente físico; Risco para estresse por mudança de ambiente; Estresse disfuncional por mudança de ambiente. Para esses diagnósticos/resultados, também foram construídas as intervenções de enfermagem, conforme demonstrado no quadro 7.

Quadro 8 – Distribuição das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aplicáveis ao idoso, vinculadas aos fatores **político-econômicos** do Modelo das Atividades de Vida. João Pessoa, 2011.

| Diagnósticos/Resultados de enfermagem | Intervenções de enfermagem |
|---------------------------------------|---|
| 1. Capacidade de gerir as finanças | 1. Discutir sobre os benefícios dessa capacidade. 2. Incentivar a continuidade da gerência das finanças pessoais e familiares. 3. Elogiar pela capacidade de realizar as atividades financeiras da família. |
| 2. Renda pessoal deficiente | 4. Determinar se a receita mensal da pessoa é suficiente para cobrir as despesas usuais. 5. Orientar a complementação da renda pessoal com a renda familiar, incluindo os demais membros da família. 6. Orientar a procura dos serviços sociais do governo para complementação de renda. |
| 3. Renda familiar deficiente | 7. Investigar a receita mensal da família é suficiente para cobrir as despesas usuais. 8. Encorajar a verbalização dos principais problemas financeiros familiares. 9. Discutir com o idoso e a família sobre a necessidade de um planejamento financeiro. 10. Orientar a realização de um planejamento financeiro. 11. Orientar a busca de ajuda no serviço social da unidade básica.. |

De acordo com os resultados, os fatores **político-econômicos** conduziram à construção das afirmativas de diagnósticos/resultados relacionados à atividade de vida “Trabalhar e divertir-se”. Para o idoso, trabalhar aumenta a sua esperança de vida, adia mudanças, que proporcionam bem-estar, aumenta interesses, mantém-os mais saudáveis, desempenhando papéis de responsabilidade e contribui para o aumento da autoestima e a prevenção de sentimentos de inutilidade ou invalidez. Soma-se a isso a possibilidade de complementar os rendimentos do núcleo familiar, visto que faz parte do cotidiano dos idosos o convívio com

arranjos trigeracionais, e sua aposentadoria não seria suficiente para suprir as necessidades financeiras do lar.

A pesquisa-mãe corrobora essa realidade, porquanto a renda individual mensal dos idosos entrevistados foi informada como um salário mínimo (R\$ 545,00 - valor vigente na época da coleta – abril/2011), oriunda do benefício da aposentadoria por 113 (47,1%) idosos. Todavia, apesar de a renda estar, geralmente, aquém das necessidades, 10% dos idosos complementam a renda com doações (família, amigos, instituições). Cabe ressaltar que 14 idosos estão inseridos na população economicamente ativa, desenvolvendo atividades, principalmente no setor comercial, ou trabalhos manuais, com o objetivo de complementar a renda, ocupar o tempo e distrair-se.

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à atividade de vida “Trabalhar e divertir-se” foram: Capacidade de gerir as finanças, Renda pessoal deficiente, Renda familiar deficiente. O quadro 8 apresenta as intervenções de enfermagem que foram construídas para esses diagnósticos/resultados.

5.4 Proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para idosos

A proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para idosos, desenvolvida neste estudo, contém, como mencionado no capítulo de Material e Método, a significância para a Enfermagem, o modelo teórico utilizado, contemplando os conceitos de atividades da vida, o ciclo de vida, a continuidade da dependência/independência e os fatores que influenciam as atividades da vida, e a relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas segundo o modelo teórico.

Esta proposta tem como objetivos servir de guia para os enfermeiros que prestam cuidados aos idosos na Atenção Básica de Saúde, no atendimento nas Unidades de Saúde ou no domicílio, no processo de raciocínio clínico e terapêutico e dar suporte à documentação sistemática do cuidado de enfermagem com essa clientela, utilizando a CIPE®.

5.4.1 Significância para a Enfermagem

Em virtude das mudanças demográficas dos últimos anos, é possível observar o significativo aumento de idosos na população mundial. Esse aspecto passou a ser um desafio

para os profissionais do serviço de saúde, no que concerne ao atendimento de saúde a essa clientela.

Segundo Eliopoulos (2011), esse grupo populacional apresenta uma grande diversidade, em termos de estado de saúde, antecedentes culturais, estilo e organização de vida, condições socioeconômicas e outras variáveis. Pode apresentar condições crônicas que afetam a sua maneira de ser e sua qualidade de vida. Alguns sintomas podem ser atípicos e coexistem condições múltiplas de saúde, confundindo a capacidade de registro do curso de uma só doença ou a identificação da causa dos sintomas. Outros fatores, como recursos financeiros limitados ou isolamento social, por exemplo, influenciam o estado de saúde e o bem-estar. Enfim, todas as experiências perpassadas pelo idoso exigem da Enfermagem uma abordagem sistemática ao oferecimento dos cuidados, que integram um conjunto amplo de conhecimentos e habilidades e ultrapassam a necessidade da realização de tarefas isoladas, mas de uma abordagem holística e dos cuidados de que precisam.

Na perspectiva de compreender o idoso como um ser cultural, biográfico, integral e indissolúvel, é possível identificar suas necessidades e intervir, de forma adequada, nos fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos, que influenciam as atividades de vida, conferindo o diferencial à Enfermagem (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

As exigências do processo de cuidar do idoso, no domicílio ou na atenção básica de saúde, determinam que os enfermeiros tenham conhecimentos científicos, que integrem suas habilidades fundamentais de criatividade, adaptabilidade, comprometimento, confiança e liderança para a implementação do processo de enfermagem, cuja aplicação, fundamentada no modelo de atividade de vida, direciona a assistência de enfermagem para que os cuidados prestados sejam individualizados e direcionados aos problemas de saúde do idoso. Para promover a implementação desse processo, o CIE vem estimulando os enfermeiros de todo o mundo para que desenvolvam subconjuntos terminológicos por especialidade clínica, entendido como o conjunto de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem de que possam lançar mão para oferecer aos clientes a assistência de enfermagem.

Compreende-se que, na Enfermagem, o uso da linguagem padronizada, além de qualificar o processo de enfermagem, facilita o compartilhamento da informação, nos mais diversos campos de sua atuação, proporcionando o avanço do conhecimento e a melhoria na qualidade da atenção ao indivíduo, à sua família e à comunidade (ALMEIDA et al., 2011).

Frente a isso, a partir do desenvolvimento do subconjunto terminológico da CIPE® para idosos, os enfermeiros, ao investigar as respostas da pessoa idosa ao processo de envelhecimento, terão um recurso norteador da prática de enfermagem, constituído por diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, que facilitam a comunicação entre os profissionais que oferecem o cuidado ao idoso na Atenção Básica de Saúde, no atendimento nas Unidades de Saúde ou no domicílio, por meio de uma abordagem organizada, além de sistematizar o conhecimento.

Como já referido, esse recurso oferecerá um conjunto de diagnósticos/resultados de enfermagem que são a base para a implementação das intervenções de enfermagem, a fim de que os resultados relativos à saúde do idoso possam ser atingidos. Os enfermeiros terão subsídios para desenvolver o cuidado com o idoso, por meio de ações voltadas para a educação em saúde, e o retorno à capacidade funcional, em busca de autonomia e de independência, o que, conseqüentemente, favorecerá sua qualidade de vida.

5.4.2 Modelo de Atividades de Vida

O Modelo de Atividade de Vida tem como núcleo a pessoa, que, neste estudo, é o idoso, constituído por cinco componentes em permanente interação: as atividades de vida, o ciclo vital ou etapas da vida; o grau de dependência/independência; os fatores que influenciam as atividades de vida e a individualidade de vida. Esses componentes são comuns a ambos os modelos, em que se diferencia o quinto componente no modelo de vida pela inclusão da *individualidade da vida* e no modelo de enfermagem, pela *enfermagem individualizada* (McEWEN; WILLS, 2009).

No modelo de vida, o componente individualidade da vida é definido pela forma específica como a vida é experienciada por cada indivíduo, e no modelo de enfermagem, o componente enfermagem individualizada é concretizado mediante a operacionalização do processo de enfermagem, que se concretiza em quatro etapas: avaliação inicial, planejamento, execução e avaliação (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2000).

O modelo de enfermagem, cuja base é o modelo de vida, centra-se no indivíduo localizado num dos pontos do ciclo vital: em qualquer idade e em qualquer estágio de desenvolvimento, movendo-se no *continuum* dependência/independência, consoante a interferência dos fatores que afetam o modo de realizar as atividades de vida. A localização do indivíduo no seu ciclo vital é um fator importante para a individualização dos cuidados de

enfermagem, porque influencia todas as fases do processo de enfermagem. Neste estudo, o indivíduo foi localizado na velhice e é considerado o idoso.

Figura 3 – Diagrama representativo do Modelo de Vida e do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney para o Subconjunto terminológico da CIPE® para idosos.



Fonte: PEREIRA (2010)

Dessa forma, o enfermeiro avalia o nível de independência do idoso em cada atividade de vida; determina em que direção e até que ponto deve ajudá-lo a se deslocar no *continuum* dependência/independência; determina que tipo de assistência deve ser providenciada para que os objetivos sejam atingidos e avalia os progressos alcançados. A partir do momento em que o idoso deixa de ser visto como um receptor passivo de cuidados e é encarado como alguém que participa ativamente das tomadas de decisão e do planejamento dos cuidados, responsabilizando-se pela sua própria saúde, isso implica uma atitude radicalmente diferente por parte do enfermeiro, que passa a sentir necessidade de ter em conta o ponto de vista do outro, o que resulta em um planejamento e intervenção individualizados, de acordo com as características de cada um.

O modelo prevê que os cuidados sejam disponibilizados mediante a avaliação das atividades de vida – relativamente à função, à ação, às rotinas anteriores, à execução atual, a problemas atuais e potenciais –, o diagnóstico de enfermagem, planejamento dos cuidados,

intervenção de enfermagem e avaliação dos cuidados prestados, numa dinâmica suficientemente flexível para permitir a revisão de dados através da avaliação inicial. A intervenção de enfermagem pressupõe a seleção das ações que tenham em vista a prevenção de problemas, a promoção do conforto, a redução do grau de dependência, a promoção do autocuidado, assim como cuidados técnicos, administração de medicamentos e outros procedimentos (PEREIRA, 2010).

5.4.3 Relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas segundo o modelo teórico

Os diagnósticos/resultados e as intervenções de enfermagem foram distribuídos de acordo com o modelo de atividades de vida para o idoso, segundo os fatores que influenciam as atividades da vida. Para os fatores biológicos, construíram-se 67 diagnósticos/resultados de enfermagem e 351 intervenções; para os fatores psicológicos, foram construídos 19 diagnósticos/resultados de enfermagem e 95 intervenções; para os fatores socioculturais, 33 diagnósticos/resultados de enfermagem e 146 intervenções; para os fatores ambientais, sete diagnósticos/resultados de enfermagem e 24 intervenções; e para os fatores político-econômicos, três diagnósticos/resultados de enfermagem e onze intervenções. Totalizando 129 afirmativas de diagnósticos/resultados e 627 de intervenções de enfermagem, com uma média de 4,9 intervenção por diagnóstico/resultado de enfermagem.

Para a apresentação da relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas segundo o modelo teórico, as mesmas foram agrupadas por fatores que influenciam as atividades de vida e eliminadas as repetições, totalizando 129 afirmativas de diagnósticos/resultados e 577 de intervenções de enfermagem. (Quadros 9 a 13).

Quadro 9 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores **biológicos** que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Fatores Biológicos que influenciam as atividades de vida Diagnósticos/Resultados de Enfermagem | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceitação do estado de saúde 2. Aceitação do estado de saúde prejudicada 3. Capacidade para o autocuidado efetiva 4. Incapacidade de melhorar o autocuidado 5. Capacidade para manter a saúde adequada 6. Capacidade para gerir o regime terapêutico efetiva 7. Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada 8. Conhecimento sobre o processo saúde/doença adequado 9. Desconhecimento sobre o processo saúde/doença (especificar) 10. Capacidade para cuidar da higiene pessoal satisfatória 11. Capacidade de executar cuidados pessoais prejudicada 12. Capacidade para fazer a higiene oral efetiva 13. Mucosa oral prejudicada 14. Capacidade de tomar banho prejudicada 15. Capacidade de usar o sanitário prejudicada 16. Incapacidade para cuidar da higiene pessoal 17. Capacidade de se vestir/despirm e arrumar-se efetiva 18. Capacidade de vestir-se, despirm e arrumar-se prejudicada 19. Padrão respiratório ineficaz 20. Pressão sanguínea normal 21. Pressão sanguínea alterada 22. Ingestão de alimentos prejudicada 23. Peso corporal adequado 24. Peso corporal aumentado 25. Peso corporal diminuído 26. Excesso de peso 27. Deglutição prejudicada 28. Dentição prejudicada 29. Hiperglicemia 30. Eliminação urinária adequada 31. Eliminação urinária prejudicada | <ol style="list-style-type: none"> 32. Incontinência urinária 33. Risco de incontinência urinária de urgência 34. Retenção urinária 35. Incontinência intestinal 36. Diarreia 37. Risco de constipação 38. Constipação 39. Pele seca 40. Risco de úlcera por pressão 41. Úlcera por pressão ausente 42. Úlcera por pressão 43. Úlcera venosa 44. Andar efetivo 45. Andar prejudicado 46. Marcha prejudicada 47. Capacidade para transferir-se efetiva 48. Capacidade de se transferir prejudicada 49. Mobilidade física prejudicada 50. Intolerância com a atividade 51. Padrão de sexualidade ineficaz 52. Disfunção sexual 53. Padrão de sono efetivo 54. Sono prejudicado 55. Percepção auditiva diminuída 56. Percepção gustativa alterada 57. Percepção olfativa prejudicada 58. Percepção visual diminuída 59. Disúria 60. Dor 61. Dor aguda 62. Dor crônica 63. Dor por artrite 64. Conhecimento sobre o tratamento da dor 65. Fadiga 66. Risco de depressão 67. Depressão |
| Intervenções de Enfermagem | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar o controle de glicemia pela Caderneta de Saúde da pessoa idosa. 2. Acompanhar o processo de cicatrização, realizando mensuração da ferida (largura x altura x profundidade), inclusive com o registro fotográfico. 3. Aconselhar a manter padrão de higiene após alimentar-se. 4. Aconselhar o uso de dietas com baixo teor de fibras, elevado teor proteico e calórico. 5. Aconselhar sobre o padrão de higiene após o uso do sanitário. 6. Ajudar e orientar ao idoso e a família a modificar o ambiente para ampliar a quantidade | <ol style="list-style-type: none"> 158. Informar os riscos associados ao fato de estar com aumento do peso corporal ou excesso de peso. 159. Informar sobre a importância da higiene com a pele, com o couro cabeludo e as unhas. 160. Informar sobre a ingestão de alimentos adequados, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e suplementos, quando necessários. 161. Informar sobre medidas de conforto como o uso de meias e roupas adequadas para manter os músculos e as articulações aquecidas. 162. Informar sobre os cuidados com os hábitos alimentares. 163. Informar sobre recursos auxiliares para a deambulação. |

| | |
|--|---|
| <p>de atividades que possam ser desempenhadas independentemente.</p> <p>7. Ajudar na elaboração de planos alimentares equilibrados, coerentes com o nível de gasto de energia.</p> <p>8. Ajudar o idoso a verbalizar como a fadiga interfere em seu dia a dia.</p> <p>9. Alertar o cuidador que é necessário informar o idoso sobre as mudanças em seu quarto.</p> <p>10. Analisar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele circunjacente.</p> <p>11. Auscultar sons pulmonares.</p> <p>12. Auxiliar a identificar as prioridades e a eliminar as atividades não essenciais.</p> <p>13. Auxiliar o idoso a esclarecer suas crenças e valores de saúde.</p> <p>14. Auxiliar o idoso a estabelecer novas metas para aprender a “ver” com outros sentidos.</p> <p>15. Avaliar a aprendizagem de capacidade do idoso e do familiar.</p> <p>16. Avaliar a aprendizagem de capacidades para cuidar da higiene pessoal.</p> <p>17. Avaliar a ausência de úlcera por pressão por meio da escala de Braden.</p> <p>18. Avaliar a capacidade de aprendizagem do idoso e do cuidador.</p> <p>19. Avaliar a dor com o uso de recursos complementares.</p> <p>20. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência de dor;</p> <p>21. Avaliar a resposta à deambulação.</p> <p>22. Avaliar a resposta psicossocial ao ensino sobre o tratamento da dor.</p> <p>23. Avaliar a resposta psicossocial aos cuidados com a úlcera venosa.</p> <p>24. Avaliar aprendizagem para vestir-se, despir-se e arrumar-se.</p> <p>25. Avaliar as características da úlcera, incluindo o tamanho (comprimento, profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exsudato, a granulação, o tecido necrosado e a epitelização.</p> <p>26. Avaliar as condições respiratórias do idoso.</p> <p>27. Avaliar atitude face ao autocuidado de vestir-se, despir-se e arrumar-se.</p> <p>28. Avaliar conhecimentos sobre padrão alimentar.</p> <p>29. Avaliar experiências anteriores de dor.</p> <p>30. Avaliar o conhecimento do idoso sobre seu padrão de sexualidade.</p> <p>31. Avaliar o conhecimento sobre as respostas ao controle e tratamento da dor.</p> <p>32. Avaliar o nível de aceitação do estado de saúde.</p> <p>33. Avaliar o padrão de sono do idoso, para identificar problemas fisiológicos ou emocionais subjacentes.</p> <p>34. Avaliar os riscos de úlcera por pressão por meio da escala de Braden.</p> <p>35. Avaliar resposta psicossocial frente ao estado de saúde.</p> <p>36. Avaliar se os estímulos ambientais influenciam</p> | <p>164. Informar-se sobre os hábitos alimentares.</p> <p>165. Instruir e orientar sobre os exercícios de Kegel.</p> <p>166. Instruir sobre o cuidado com a higiene pessoal no chuveiro.</p> <p>167. Investigar a eliminação urinária quanto à frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor.</p> <p>168. Investigar a ocorrência de úlcera por pressão anteriormente.</p> <p>169. Investigar a relação entre o funcionamento sexual e os agentes estressores da vida.</p> <p>170. Investigar a rotina habitual para dormir (horário, práticas de higiene, uso de travesseiros, despertar).</p> <p>171. Investigar as eliminações intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor.</p> <p>172. Investigar como o idoso e/ou cuidador identificam os fatores que aliviam ou agravam a dor.</p> <p>173. Investigar hábitos alimentares e a qualidade da água ingerida.</p> <p>174. Investigar o conhecimento e as crenças do idoso acerca da dor.</p> <p>175. Investigar o conhecimento e as crenças do idoso acerca do tratamento da dor.</p> <p>176. Investigar o conhecimento, as crenças e as influências culturais do idoso acerca da dor.</p> <p>177. Investigar o impacto da dor sobre a capacidade de realizar as atividades da vida diária.</p> <p>178. Investigar o padrão de eliminação intestinal.</p> <p>179. Investigar o trajeto do banheiro em relação a obstáculos, iluminação e distância.</p> <p>180. Investigar o uso de medicamentos que possam contribuir para a incontinência, como os diuréticos, antidepressivos e anticolinérgicos.</p> <p>181. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos.</p> <p>182. Investigar os conhecimentos e comportamentos do idoso para manter a saúde.</p> <p>183. Investigar os determinantes da incontinência urinária.</p> <p>184. Investigar os determinantes para o risco da incontinência urinária.</p> <p>185. Investigar os fatores causadores da incapacidade para o uso do sanitário.</p> <p>186. Investigar os fatores causadores da incapacidade para tomar banho.</p> <p>187. Investigar os fatores causadores do prejuízo nos cuidados pessoais.</p> <p>188. Investigar os fatores causadores e contribuintes da fadiga.</p> <p>189. Investigar os fatores de risco para depressão</p> <p>190. Investigar ruídos hidroaéreos.</p> <p>191. Investigar se o idoso faz o uso correto da medicação prescrita para a depressão.</p> <p>192. Investigar se os analgésicos estão sendo utilizados de forma correta.</p> <p>193. Investigar sinais de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão, cefaleia.</p> <p>194. Investigar sinais e sintomas de eliminação</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>a dor.</p> <p>37. Capacitar o idoso e o cuidador sobre o uso tecnologias assistivas para o sanitário.</p> <p>38. Considerar as influências culturais sobre as respostas à dor.</p> <p>39. Considerar as influências culturais sobre o processo saúde/doença.</p> <p>40. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do idoso a dor (p.ex.: temperatura ambiente, iluminação, ruído);</p> <p>41. Descrever as características da dor, incluindo início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes;</p> <p>42. Desencorajar a ingestão de líquidos após o jantar.</p> <p>43. Desencorajar o uso de substâncias corrosivas como álcool, tabaco, alimentos condimentados.</p> <p>44. Determinar a causa física ou psicológica da incontinência intestinal.</p> <p>45. Determinar a força muscular e a resistência do idoso para se transferir.</p> <p>46. Determinar a força muscular e a resistência do idoso para transferir-se.</p> <p>47. Discutir a relação entre ingestão alimentar, exercícios, aumento e perda de peso.</p> <p>48. Discutir acerca da alimentação saudável.</p> <p>49. Discutir com o cuidador sobre os cuidados com a alimentação, a hidratação, a medicação, a segurança, o sono, o repouso e o lazer.</p> <p>50. Discutir com o idoso e com o cuidador sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>51. Discutir com o idoso e cuidador sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>52. Discutir com o idoso e o cuidador os hábitos, os costumes, fatores culturais e hereditários relacionados à alimentação.</p> <p>53. Discutir com o idoso e sua família a importância e o valor da oração para a vida.</p> <p>54. Discutir com o idoso e/ou cuidador os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>55. Discutir o conhecimento do idoso sobre a sua necessidade de ingerir líquidos.</p> <p>56. Discutir o impacto das doenças crônicas ou efeitos das medicações sobre a sexualidade.</p> <p>57. Discutir os benefícios da acupuntura, da homeopatia e de outras terapias complementares.</p> <p>58. Discutir sobre a importância da adaptação do ambiente de modo a oferecer segurança.</p> <p>59. Discutir sobre a importância do controle miccional.</p> <p>60. Discutir sobre sinais e sintomas de infecção urinária.</p> <p>61. Educar sobre o cuidado com a higiene pessoal no chuveiro.</p> <p>62. Educar sobre o cuidado com a higiene pessoal.</p> <p>63. Educar sobre padrão alimentar satisfatório.</p> | <p>urinária.</p> <p>195. Investigar sobre efeitos colaterais quando o idoso fizer uso de medicamento.</p> <p>196. Investigar sobre os hábitos, os costumes, os fatores culturais e os hereditários.</p> <p>197. Monitorar áreas ressecadas da pele.</p> <p>198. Monitorar os sinais de dor.</p> <p>199. Mostrar-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do processo patológico.</p> <p>200. Observar a reação do idoso à diminuição do olfato.</p> <p>201. Observar a reação do idoso à gustação diminuída.</p> <p>202. Observar a reação do idoso à visão diminuída.</p> <p>203. Observar os sinais não verbais da dor.</p> <p>204. Obter a história de saúde, incluindo a descrição dos hábitos de saúde, os fatores de saúde, os riscos e os medicamentos em uso.</p> <p>205. Oferecer apoio enquanto deambula.</p> <p>206. Oferecer informações adequadas sobre o problema de saúde (especificar).</p> <p>207. Oferecer informações sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando apropriado;</p> <p>208. Oferecer reforço positivo para a deambulação.</p> <p>209. Oferecer segurança e proteção ao idoso e a família.</p> <p>210. Orientar a alimentar-se lentamente, assegurando que a porção anterior de alimentos tenha sido engolida.</p> <p>211. Orientar a não falar durante o ato de se alimentar.</p> <p>212. Orientar a não realização de massagem sobre as saliências ósseas.</p> <p>213. Orientar a prática de atividade física moderada regular como, por exemplo, caminhada.</p> <p>214. Orientar a seleção de uma dieta rica em fibras.</p> <p>215. Orientar a terapia compressiva: uso de meias elásticas e ataduras elásticas (a escolha dependerá da cobertura utilizada e do volume de exsudato).</p> <p>216. Orientar dieta sem alimentos formadores de gases.</p> <p>217. Orientar e encorajar o idoso a procurar o oftalmologista, no mínimo, uma vez ao ano.</p> <p>218. Orientar e ensinar a tossir de forma eficiente.</p> <p>219. Orientar na elaboração de planos alimentares, respeitando suas preferências.</p> <p>220. Orientar o cuidador para monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos;</p> <p>221. Orientar o cuidador sobre os cuidados com a higiene, o banho, o uso do sanitário e com as roupas do idoso.</p> <p>222. Orientar o cuidador sobre técnicas de transferência mais adequadas para o idoso.</p> <p>223. Orientar o idoso a evitar água quente no banho.</p> <p>224. Orientar o idoso e o cuidador quanto à manutenção do ambiente simples e sem obstáculos para o banho.</p> <p>225. Orientar o idoso e o cuidador quanto aos cuidados pessoais.</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>64. Elogiar aprendizagem de capacidades para se alimentar.</p> <p>65. Elogiar aprendizagem em cuidar da própria higiene.</p> <p>66. Elogiar as tentativas do idoso em executar as atividades de vestir/despir e arrumar-se.</p> <p>67. Elogiar as tentativas efetivas de uso do sanitário.</p> <p>68. Elogiar o autocuidado com a higiene.</p> <p>69. Elogiar o comportamento de aceitação do estado de saúde.</p> <p>70. Elogiar pela capacidade em realizar as atividades do cuidar de si.</p> <p>71. Elogiar pelo desempenho da atividade de vestir/despir e arrumar-se.</p> <p>72. Elogiar pelo desempenho da atividade higiene oral.</p> <p>73. Encorajar a automonitorização dos níveis de glicose sanguínea.</p> <p>74. Encorajar a capacidade para se ajustar.</p> <p>75. Encorajar a deambulação frequente com auxílio, se instável.</p> <p>76. Encorajar a deambulação, dentro de limites seguros.</p> <p>77. Encorajar a independência do idoso para o banho pela prática contínua conforme a sua capacidade.</p> <p>78. Encorajar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar os cuidados.</p> <p>79. Encorajar o andar em intervalos regulares.</p> <p>80. Encorajar o aumento de ingestão de líquidos, a menos se for contraindicado.</p> <p>81. Encorajar o idoso a compartilhar suas preocupações.</p> <p>82. Encorajar o idoso a discutir sua experiência de dor, quando adequado.</p> <p>83. Encorajar o idoso a expressar os seus sentimentos sobre a sexualidade.</p> <p>84. Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a alteração na gustação.</p> <p>85. Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a alteração no olfato.</p> <p>86. Encorajar o idoso a expressar seus sentimentos sobre a perda da audição.</p> <p>87. Encorajar o idoso a fazer uma mudança gradual nos hábitos alimentares.</p> <p>88. Encorajar o idoso à medida que ele aprende a se transferir de forma independente.</p> <p>89. Encorajar o idoso a partilhar seus sentimentos sobre a incontinência e determinar seus efeitos sobre a vida social.</p> <p>90. Encorajar o paciente/família para continuar executando a rotina de cuidados com a pele.</p> <p>91. Ensinar ao cuidador procedimentos de cuidado com a úlcera por pressão.</p> <p>92. Ensinar ao idoso e ao cuidador medidas de conforto, como massagem, exercícios de relaxamento/respiração.</p> <p>93. Ensinar e incentivar exercícios para auxiliar a manutenção do tônus muscular.</p> | <p>226. Orientar o idoso e o cuidador sobre o volume, a cor, a frequência e a consistência das fezes.</p> <p>227. Orientar o idoso e/ou cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele.</p> <p>228. Orientar o idoso e/ou cuidador quanto à prevenção, ao reconhecimento e ao controle.</p> <p>229. Orientar o idoso sobre o impacto das mudanças fisiológicas na sexualidade.</p> <p>230. Orientar o uso de andador, bengala para facilitar a deambulação.</p> <p>231. Orientar o uso de sabão suave no banho.</p> <p>232. Orientar o uso de vestuário e calçados adequados, por exemplo: utilizar sapatos ajustados, confortáveis e fechados, com palmilhas para a proteção de ponto de pressão.</p> <p>233. Orientar os familiares sobre a privacidade para a eliminação intestinal.</p> <p>234. Orientar paciente/família a respeito da rotina de cuidados com a pele.</p> <p>235. Orientar para a interrupção da atividade se ocorrer confusão, vertigem, dor, dificuldade respiratória.</p> <p>236. Orientar para a procura dos serviços de saúde na comunidade.</p> <p>237. Orientar para a realização de massagem com solução hidratante, para diminuir o ressecamento da pele e ativar a circulação sanguínea.</p> <p>238. Orientar para o planejamento das tarefas importantes durante os períodos de maior energia.</p> <p>239. Orientar para que o idoso se concentre na tarefa de deglutir.</p> <p>240. Orientar quanto à elevação dos membros.</p> <p>241. Orientar quanto a exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical para suprir a instabilidade e aumentar a capacidade vesical por meio de técnicas de fortalecimento.</p> <p>242. Orientar quanto à importância da higiene íntima após cada micção.</p> <p>243. Orientar quanto à ingestão hídrica de 2.000 ml de líquido, se não houver contraindicação.</p> <p>244. Orientar quanto à manutenção de horário diário consistente para acordar, dormir e descansar (dias de semana, fins de semana).</p> <p>245. Orientar quanto à prevenção de infecção urinária.</p> <p>246. Orientar quanto à realização de exames anuais para minimizar os efeitos da perda da gustação.</p> <p>247. Orientar quanto à realização de exames anuais para minimizar os efeitos da perda do olfato.</p> <p>248. Orientar quanto à redução das distrações ambientais no período noturno.</p> <p>249. Orientar quanto à segurança no banheiro com tapetes antiderrapantes, apoio para as mãos, cadeira de banho.</p> <p>250. Orientar quanto a uma alimentação saudável.</p> <p>251. Orientar quanto às medidas de higiene.</p> <p>252. Orientar sobre a diminuição da ingestão de alimentos que favorecem a incontinência urinária (caféina, bebidas com hidratos de carbono, chocolate).</p> <p>253. Orientar sobre a escovação correta.</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>94. Ensinar e incentivar exercícios para auxiliar na manutenção do tônus muscular.</p> <p>95. Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada, envolvendo ativamente o idoso em seu próprio cuidado.</p> <p>96. Ensinar métodos de transferência da cama para a poltrona, para o sanitário e para a posição de pé.</p> <p>97. Ensinar métodos de transferência da cama para a poltrona, para o sanitário e para a posição de pé.</p> <p>98. Ensinar o idoso a massagear seu abdômen uma vez ao dia, para ajudar no peristaltismo intestinal.</p> <p>99. Ensinar o idoso a prender a respiração ao engolir.</p> <p>100. Ensinar o idoso e/ou o cuidador métodos não farmacológicos de controle da dor, como imagem orientada, ioga, música.</p> <p>101. Ensinar o idoso sobre as mudanças do olfato, que ocorrem com a idade.</p> <p>102. Ensinar o uso de insulina, se prescrita.</p> <p>103. Envolver ativamente o idoso em seu próprio cuidado.</p> <p>104. Esclarecer a relação entre os estressores e o problema no funcionamento sexual.</p> <p>105. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do processo de envelhecimento.</p> <p>106. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do regime terapêutico.</p> <p>107. Estabelecer metas realistas para aumentar o nível de atividade do idoso, incentivando o aumento do nível de atividade gradual.</p> <p>108. Estabelecer uma relação terapêutica com o idoso e a família baseada na confiança e no respeito.</p> <p>109. Estimular a continuidade da ingestão de líquidos durante o dia.</p> <p>110. Estimular a ingestão de líquidos.</p> <p>111. Estimular a participação do idoso em atividades que aumentem o bem-estar, como festas em família.</p> <p>112. Estimular atividade física regular.</p> <p>113. Estimular ingestão de líquidos.</p> <p>114. Examinar a condição da pele, quando adequado.</p> <p>115. Exemplificar com histórias de outros “sucessos” de adesão ao regime terapêutico.</p> <p>116. Explicar ao idoso e/ou cuidador as causas da fadiga.</p> <p>117. Explicar ao idoso e/ou cuidador o processo saúde-doença, bem como sobre o regime terapêutico, efeitos colaterais, sinais e sintomas de complicações.</p> <p>118. Falar com clareza e em voz alta ao mesmo tempo em que olha para o idoso, evitando baixar a voz no final da frase.</p> <p>119. Fazer adaptações ambientais que facilitem a chegada ao banheiro.</p> <p>120. Fazer o controle da pressão arterial do</p> | <p>254. Orientar sobre a hidratação da pele e o uso de hidratante.</p> <p>255. Orientar sobre a hidratação da pele seca que esteja íntegra.</p> <p>256. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário.</p> <p>257. Orientar sobre a ingestão de alimentos adequados, em especial, proteínas, vitaminas B e C, ferro e suplementos.</p> <p>258. Orientar sobre a ingestão de alimentos e líquidos.</p> <p>259. Orientar sobre a ingestão de líquidos para otimizar o equilíbrio hídrico.</p> <p>260. Orientar sobre a ingestão de líquidos para prevenção da desidratação.</p> <p>261. Orientar sobre a procura pelo serviço de saúde se surgirem sintomas ou em caso de reações pelo uso de medicamentos.</p> <p>262. Orientar sobre como registrar o resultado da glicemia capilar.</p> <p>263. Orientar sobre cuidados com a higiene oral.</p> <p>264. Orientar sobre o cuidado com a higiene pessoal.</p> <p>265. Orientar sobre o uso adequado de recursos auxiliares.</p> <p>266. Orientar sobre o uso de calçados que facilitem o andar e previnam lesões.</p> <p>267. Orientar sobre o uso de colchão adequado.</p> <p>268. Orientar sobre o uso de cremes e absorventes de umidade, de modo a remover a umidade excessiva, quando necessário.</p> <p>269. Orientar sobre o uso de cremes e absorventes de umidade, de modo a remover a umidade excessiva, quando necessário.</p> <p>270. Orientar sobre o uso de fraldas à noite.</p> <p>271. Orientar sobre os fatores que desencadeiam, agravam ou aliviam a dor.</p> <p>272. Orientar sobre os períodos de descanso entre as atividades.</p> <p>273. Orientar sobre os possíveis sinais e sintomas da hiperglicemia.</p> <p>274. Orientar sobre técnica do vestir-se, despir-se ou arrumar-se.</p> <p>275. Orientar sobre técnicas de respiração/relaxamento.</p> <p>276. Planejar e implementar exercícios de rotinas, tais como caminhadas e alongamento dos músculos abdominais.</p> <p>277. Promover a adaptação à incapacidade para cuidar da higiene corporal.</p> <p>278. Promover a autonomia no cuidar da higiene pessoal.</p> <p>279. Promover a independência no vestir-se, despir-se e arrumar-se, conforme necessário.</p> <p>280. Proporcionar períodos de repouso entre as atividades.</p> <p>281. Prover adequada iluminação no ambiente para o desempenho das atividades da vida diária.</p> <p>282. Prover informações ao idoso sobre a falta progressiva da audição que ocorre com a idade.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>idoso.</p> <p>121. Fazer o controle mensal do peso corporal do idoso.</p> <p>122. Fortalecer a capacidade de se vestir/despír e arrumar-se.</p> <p>123. Fortalecer a capacidade para cuidar da higiene pessoal.</p> <p>124. Identificar as crenças, os valores e o estilo de vida do idoso.</p> <p>125. Identificar as fontes de pressão e fricção.</p> <p>126. Identificar as limitações físicas.</p> <p>127. Identificar fatores predisponentes a intolerância à atividade.</p> <p>128. Identificar fatores predisponentes para o prejuízo na marcha.</p> <p>129. Identificar fatores que possam causar diarreia ou contribuir para sua ocorrência.</p> <p>130. Identificar fatores que possam contribuir com o risco de constipação.</p> <p>131. Identificar os fatores que causam a disfunção sexual.</p> <p>132. Identificar os fatores que possam contribuir para a constipação.</p> <p>133. Identificar os possíveis fatores envolvidos e o nível de depressão.</p> <p>134. Identificar recursos de adaptação do cliente para cuidar da higiene pessoal.</p> <p>135. Identificar recursos de adaptação para realizar as atividades de vestir/despír e arrumar-se.</p> <p>136. Identificar se é possível contar com a ajuda de um familiar como cuidador.</p> <p>137. Incentivar a busca do peso corporal adequado.</p> <p>138. Incentivar a capacidade no alimentar-se.</p> <p>139. Incentivar a micção frequente a cada 2 a 3 horas, esvaziando a bexiga por completo;</p> <p>140. Incentivar a participação do idoso no HIPERDIA.</p> <p>141. Incentivar a procura da ajuda de outros profissionais.</p> <p>142. Incentivar a realização do autocuidado.</p> <p>143. Incentivar acompanhamento da pressão arterial.</p> <p>144. Incentivar aumento da ingestão de líquido.</p> <p>145. Incentivar comportamento de procura de saúde.</p> <p>146. Incentivar exercícios como caminhadas, alongamento dos músculos abdominais.</p> <p>147. Incentivar o aumento da caminhada de forma progressiva a cada dia com ou sem equipamentos auxiliares.</p> <p>148. Incentivar o aumento da ingestão hídrica, quando não contraindicado.</p> <p>149. Incentivar o autocuidado com a higiene pessoal, vestuário e roupas de cama.</p> <p>150. Incentivar o descanso antes das tarefas difíceis e a parar antes que surja a fadiga.</p> <p>151. Incentivar o idoso para que descreva a dor.</p> <p>152. Incentivar o repouso duas horas, no período</p> | <p>283. Prover informações ao idoso sobre as mudanças na gustação, que ocorrem com a idade.</p> <p>284. Prover informações ao idoso sobre as mudanças na percepção visual em decorrência da idade.</p> <p>285. Realizar cuidados com a úlcera por pressão.</p> <p>286. Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua o local, as características, o início, a duração, a frequência, a intensidade ou sua gravidade.</p> <p>287. Recomendar a diminuição de estímulos recebidos e a evitar alimentos e bebidas contendo cafeína durante a noite.</p> <p>288. Recomendar à família a importância de seguir uma rotina simples de horário para dormir e descansar.</p> <p>289. Recomendar atividade física regular.</p> <p>290. Recomendar atividades físicas moderadas regulares, como caminhada e hidroginástica.</p> <p>291. Reconhecer qualquer sucesso alcançado para gerir o regime terapêutico.</p> <p>292. Reforçar a capacidade do idoso para o autocuidado independente.</p> <p>293. Reforçar a importância da alimentação saudável.</p> <p>294. Reforçar a importância da deambulação moderada seguida de repouso.</p> <p>295. Reforçar a importância da independência em realizar as atividades.</p> <p>296. Reforçar a importância da independência quanto à deambulação.</p> <p>297. Reforçar a importância da realização de glicemia capilar com frequência.</p> <p>298. Reforçar a importância de aparelho auditivo, quando necessário.</p> <p>299. Reforçar a importância de cuidados com a alimentação, hidratação, higiene e o uso de medicamentos.</p> <p>300. Reforçar a importância de exercícios regulares para reduzir o estresse e promover o sono.</p> <p>301. Reforçar a independência no cuidar da higiene oral.</p> <p>302. Reforçar a independência no cuidar da higiene pessoal.</p> <p>303. Reforçar a independência para gerir o próprio regime terapêutico.</p> <p>304. Reforçar a orientação ao cuidador sobre técnicas de transferência mais adequada para o idoso.</p> <p>305. Reforçar a orientação sobre o uso adequado de recursos auxiliares.</p> <p>306. Reforçar as orientações sobre a frequência, a consistência, o odor, o volume e a cor da eliminação urinária.</p> <p>307. Reforçar sobre a diminuição da ingestão de alimentos contendo cafeína durante a tarde e à noite.</p> <p>308. Reforçar sobre as medidas de higiene pessoal.</p> <p>309. Reforçar sobre os cuidados com a saúde e prevenção de pressão sanguínea elevada.</p> <p>310. Solicitar ao idoso que avalie sua dor em uma escala de 0 a 10.</p> <p>311. Solicitar que avalie a fadiga de 0 a 10, usando a escala de Rhoten.</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>da manhã e da tarde, ou dez minutos a cada hora, no mínimo.</p> <p>153. Incentivar o uso da cama apenas para atividade associada ao sono.</p> <p>154. Incentivar visita periódica ao dentista.</p> <p>155. Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível.</p> <p>156. Informar ao idoso e/ou cuidador sobre hábitos de lazer para evitar o isolamento social como estratégia de enfrentamento.</p> <p>157. Informar o idoso e/ou cuidador as medidas de emergência em caso de aspiração.</p> | <p>312. Sugerir mudanças no ambiente, como substituir degraus por rampa, instalar corrimãos.</p> <p>313. Supervisionar o vestir-se, despir-se ou arrumar-se, se possível.</p> <p>314. Transmitir o desejo de discutir os sentimentos e as preocupações relacionadas à sexualidade.</p> <p>315. Treinar o cuidar da higiene pessoal no chuveiro.</p> <p>316. Treinar o hábito e a micção programada, estabelecendo pequenos intervalos entre as micções e aumentá-los progressivamente.</p> <p>317. Usar técnicas de <i>feedback</i> para ter certeza de que a pessoa escutou e entendeu.</p> <p>318. Usar uma linguagem simples e clara.</p> |
|--|--|

Quadro 10 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores **psicológicos** que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Fatores psicológicos que influenciam as atividades de vida Diagnósticos/Resultados de Enfermagem | |
|---|--|
| <p>1. Disponibilidade para a tomada de decisão efetiva</p> <p>2. Apoio da família eficaz</p> <p>3. Falta de apoio da família</p> <p>4. Comunicação verbal prejudicada</p> <p>5. Concentração prejudicada</p> <p>6. Memória efetiva</p> <p>7. Memória prejudicada</p> <p>8. Confusão aguda</p> <p>9. Confusão crônica</p> | <p>10. Orientação temporal e espacial efetiva</p> <p>11. Orientação temporal e espacial prejudicada</p> <p>12. Autoestima baixa</p> <p>13. Ansiedade</p> <p>14. Ansiedade da morte</p> <p>15. Ansiedade melhorada</p> <p>16. Medo</p> <p>17. Medo da morte</p> <p>18. Tristeza crônica</p> <p>19. Desesperança</p> |
| Intervenções de Enfermagem | |
| <p>1. Aceitar os sentimentos do idoso.</p> <p>2. Aceitar os valores do idoso e/ou da sua família sem julgamentos.</p> <p>3. Ajudar a estabelecer metas atingíveis e realistas em sua vida.</p> <p>4. Ajudar a identificar as situações precipitadoras da ansiedade.</p> <p>5. Ajudar a reformular e redefinir as expressões negativas.</p> <p>6. Ajudar o idoso a compreender a ansiedade e suas oportunidades para superá-la.</p> <p>7. Apoiar o processo de tomada de decisão do idoso e da família.</p> <p>8. Apoiar os mecanismos de enfrentamento presentes.</p> <p>9. Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva.</p> <p>10. Auxiliar o idoso a verbalizar sobre a presença da desesperança em sua vida.</p> <p>11. Avaliar a capacidade do idoso de se comunicar.</p> <p>12. Avaliar e reforçar o sucesso da memória.</p> <p>13. Avaliar seu nível de ansiedade em relação à morte.</p> <p>14. Avaliar seu nível de ansiedade.</p> <p>15. Compreender sua perspectiva sobre o medo da</p> | <p>46. Estimular sua mente com lembranças e imagens do cotidiano.</p> <p>47. Evitar exigências ou que o idoso tome decisões durante os encontros com o mesmo.</p> <p>48. Fazer uma pergunta de cada vez.</p> <p>49. Fomentar esperanças realistas, se adequado.</p> <p>50. Identificar as causas da tristeza e dos sentimentos negativos.</p> <p>51. Identificar as causas do sentimento de desesperança.</p> <p>52. Identificar o nível de medo que tem da morte.</p> <p>53. Identificar quando o nível de medo se modifica.</p> <p>54. Incentivar a família a permanecer com o idoso, conforme necessário.</p> <p>55. Incentivar a participação em grupos intergeracionais.</p> <p>56. Incentivar a socialização e a tomada de decisão, como por exemplo, na escolha da roupa que irá vestir.</p> <p>57. Incentivar a usar indicadores escritos para estimular a memória, tais como listas, bloco de anotações, agendas.</p> <p>58. Incentivar acesso à televisão, jornais, rádio, relatos verbais, conforme necessário.</p> <p>59. Incentivar desenvolver serviços voluntários.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>morte.</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Conversar com os membros da família sobre as condições do idoso. 17. Criar uma atmosfera que facilite a confiança. 18. Dar oportunidade à família para que faça perguntas e tire suas dúvidas em relação ao estado de saúde do idoso. 19. Dar tempo para responder. 20. Dar uma orientação simples de cada vez. 21. Desencorajar a usar roupas de dormir durante o dia. 22. Discutir as razões para viver. 23. Discutir estratégias para que a família continue apoiando o idoso. 24. Discutir sobre a solução de problemas. 25. Elogiar a tomada de decisão do idoso e da família. 26. Elogiar e reforçar o apoio da família ao idoso. 27. Elogiar o treino da memória. 28. Elogiar os pontos fortes, e não, as fraquezas. 29. Elogiar sua aprendizagem cognitiva. 30. Encorajar a compartilhar seus sentimentos e suas preocupações. 31. Encorajar a desenvolver novas habilidades para tomar decisões familiares, financeiras, etc. 32. Encorajar a identificar medidas de enfrentamento eficazes sobre o medo da morte. 33. Encorajar a repetir palavras. 34. Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. 35. Encorajar o idoso a compartilhar os sentimentos. 36. Enfatizar a importância do apoio da família para o bem-estar do idoso. 37. Ensinar ao idoso métodos simples de comunicar suas necessidades. 38. Ensinar ao idoso/família técnicas de treino da memória. 39. Ensinar exercícios de associações entre os nomes e as imagens mentais. 40. Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imagem orientada. 41. Envolver familiares no cuidado ao idoso, solicitando sugestões dos cuidados que devem ser oferecidos ao idoso. 42. Escutar suas queixas. 43. Estimular a memória, repetindo o último pensamento expresso pelo idoso. 44. Estimular a repetir o que quer se lembrar em voz alta ou escrever em um papel. 45. Estimular a verbalização de sentimentos. | <ol style="list-style-type: none"> 60. Incentivar o acesso a televisão, jornais, rádio, relatos verbais, conforme necessário. 61. Informar sobre exercícios de relaxamento, através da respiração controlada. 62. Investigar o estilo de vida antes do surgimento da confusão. 63. Limitar a estimulação no ambiente. 64. Manter o idoso orientado no tempo e no espaço. 65. Oferecer informações verbais e escritas. 66. Oferecer reforço positivo à atitude melhorada. 67. Oferecer reforço positivo e elogios, quando apropriado. 68. Orientar quanto ao uso de indicadores auditivos (despertador, alarme) com a finalidade de lembrete. 69. Orientar sobre o uso de técnicas de relaxamento. 70. Orientar sobre tempo, espaço e pessoas. 71. Ouvir o idoso atentamente. 72. Permitir que o idoso verbalize seus sentimentos em relação à morte. 73. Promover o uso de dispositivos auxiliares de memória. 74. Proporcionar educação à família, às pessoas próximas e aos que prestam cuidados quanto à manutenção do ambiente organizado, com medicamentos, produtos de limpeza e outros produtos químicos tóxicos em locais acessíveis. 75. Proporcionar educação à sua família, às pessoas próximas e aos que prestam cuidados em relação à situação e aos métodos de enfrentamento. 76. Proporcionar reforço positivo para seus esforços. 77. Proporcionar um <i>feedback</i> realista e positivo durante os encontros. 78. Reconhecer sua experiência cultural e espiritual em relação à morte. 79. Reforçar o uso de indicadores (relógios, calendários, código de cores do ambiente) para estimular a orientação. 80. Reforçar ou repetir as informações. 81. Repetir as verbalizações, quando necessário. 82. Respeitar seu espaço pessoal. 83. Respeitar sua necessidade de privacidade. 84. Solicitar que o idoso repita a informação nova. 85. Usar a televisão, o rádio ou a música como parte do programa de estímulos planejados. 86. Usar indicadores (relógios, calendários, código de cores do ambiente) para estimular a memória e reorientar o idoso. 87. Usar métodos de apresentação de matérias. 88. Usar palavras simples e frases curtas, evitando baixar a voz no final da frase. 89. Usar uma abordagem calma e segura. |
|--|---|

Quadro 11 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores **socioculturais** que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Fatores socioculturais que influenciam as atividades de vida | |
|---|--|
| Diagnósticos/Resultados de Enfermagem | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamento de procura de saúde satisfatório 2. Comportamento de procura de saúde prejudicado 3. Manutenção da saúde prejudicada 4. Atividades da vida diária atendidas 5. Atividades da vida diária prejudicadas 6. Capacidade para tomar conta da casa efetiva 7. Capacidade para fazer compras satisfatória 8. Capacidade de fazer compras prejudicada 9. Capacidade de preparar alimentos efetiva 10. Capacidade de preparar alimentos prejudicada 11. Atividade de lazer prejudicada 12. Capacidade de desempenhar atividades de lazer prejudicada 13. Falta de participação em atividades sociais e comunitárias 14. Padrão de exercício prejudicado 15. Falta de conhecimento sobre o exercício físico 16. Falta de capacidade para gerir o regime de exercício 17. Não adesão ao exercício | <ol style="list-style-type: none"> 18. Estilo de vida sedentário 19. Risco de queda 20. Queda 21. Risco de lesão 22. Risco para solidão 23. Solidão 24. Risco para violência doméstica 25. Violência doméstica evidente 26. Crença religiosa conflituosa 27. Disponibilidade para crença religiosa facilitadora 28. Risco de crença religiosa conflituosa 29. Relacionamento familiar satisfatório 30. Relacionamento familiar prejudicado 31. Falta de conhecimento do cuidador sobre como cuidar do idoso 32. Falta de conhecimento do cuidador sobre o regime terapêutico 33. Sobrecarga de atividades do cuidador |
| Intervenções de Enfermagem | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceitar os valores da família sem julgamentos. 2. Ajudar a família a identificar e a resolver conflitos que têm causado prejuízos. 3. Ajudar a realizar os exercícios corretamente. 4. Apresentar a Caderneta de Saúde da pessoa idosa. 5. Auxiliar na identificação de barreiras e atitudes que dificultem a crença religiosa. 6. Auxiliar na obtenção de transporte para realizar as atividades de lazer. 7. Auxiliar o idoso a esclarecer suas crenças e valores de saúde. 8. Auxiliar o idoso a escolher atividades de lazer compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais. 9. Auxiliar os membros da família a utilizarem mecanismos que minimizem o prejuízo. 10. Avaliar a capacidade e limitação no desenvolvimento de atividades. 11. Avaliar a capacidade para conduzir o regime de exercício. 12. Avaliar a resposta psicossocial para instruções sobre o exercício. 13. Avaliar as crenças espirituais da família. 14. Avaliar o conhecimento que o idoso tem sobre o exercício. 15. Avaliar o padrão de exercício. 16. Avaliar o conhecimento do idoso e/ou da família acerca do exercício. 17. Avaliar a capacidade do idoso de preparar alimentos. 18. Compartilhar com o idoso as suas crenças sobre | <ol style="list-style-type: none"> 66. Incentivar a continuidade de reuniões familiares que proporcionam momentos de bem-estar. 67. Incentivar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar a atividade. 68. Incentivar a interação social. 69. Incentivar a participação em atividades sociais e comunitárias. 70. Incentivar a prática de exercícios físicos moderados regulares. 71. Incentivar a realização da atividade de compras. 72. Incentivar a realização da atividade de preparar alimentos. 73. Incentivar a realização de atividades de lazer. 74. Incentivar mudança gradual nos hábitos de vida, como por exemplo, alimentação, sedentarismo e socialização. 75. Incentivar o convívio com familiares e vizinhos. 76. Incentivar o uso de bengala, muleta, andador e cadeira de rodas apropriadamente, quando prescritos. 77. Incentivar o uso de bengalas, andadores e cadeiras de rodas de forma correta e apenas quando prescritos. 78. Informar o idoso sobre o propósito e os benefícios de realizar os exercícios. 79. Informar quanto ao tipo de calçado adequado. 80. Informar sobre a existência de grupos de pessoas idosas na comunidade. 81. Informar sobre a importância de fazer caminhada regular para melhorar o equilíbrio, a estabilidade. 82. Informar sobre o propósito e os benefícios de realizar o exercício. |

| | |
|--|--|
| <p>o sentido e a finalidade da vida, quando apropriado.</p> <p>19. Comunicar os casos de violência às autoridades competentes.</p> <p>20. Descrever os benefícios dos momentos de lazer.</p> <p>21. Determinar se o idoso demonstra sinais de negligência, incluindo higiene insatisfatória, roupas inadequadas ou não apropriadas, dentes fraturados, problemas de saúde não tratados.</p> <p>22. Discutir a importância da atividade física moderada regular como, por exemplo, caminhada.</p> <p>23. Discutir a importância da socialização.</p> <p>24. Discutir acerca da importância do regime de exercício.</p> <p>25. Discutir sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.</p> <p>26. Discutir sobre as limitações do idoso.</p> <p>27. Discutir sobre os benefícios dos momentos de lazer.</p> <p>28. Discutir sobre os possíveis acidentes domésticos (queda, queimadura, choque elétrico).</p> <p>29. Discutir, com o idoso e o cuidador, sobre a importância de realizar atividades da vida diária, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro.</p> <p>30. Elogiar a capacidade de aprender a fazer compras.</p> <p>31. Elogiar pela capacidade de preparar alimentos.</p> <p>32. Elogiar pela capacidade de realizar a atividade de fazer compras.</p> <p>33. Elogiar pela capacidade de tomar conta da casa efetiva.</p> <p>34. Elogiar pelo comportamento no relacionamento familiar.</p> <p>35. Elogiar quando da participação em atividades sociais e comunitárias.</p> <p>36. Elogiar quando da realização das atividades de lazer.</p> <p>37. Encorajar a continuidade da atividade de tomar conta da casa.</p> <p>38. Encorajar a discutir sobre incidentes de abuso ou ameaças.</p> <p>39. Encorajar a frequentar cerimônias religiosas.</p> <p>40. Encorajar a independência para fazer a atividade, mas interferir quando o idoso não conseguir preparar os alimentos.</p> <p>41. Encorajar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar a atividade de fazer compras.</p> <p>42. Encorajar a participar de eventos religiosos, retiros, e grupos de oração.</p> <p>43. Encorajar a usar óculos, aparelhos auditivos e próteses, conforme prescritos.</p> <p>44. Encorajar o cuidador a manter uma vida social.</p> <p>45. Encorajar o idoso a continuar desempenhando as atividades da vida diária de acordo com o seu nível de capacidade.</p> <p>46. Encorajar o idoso a desempenhar as atividades da vida diária de acordo com o seu nível de</p> | <p>83. Informar sobre os serviços de saúde mais próximos e seu funcionamento.</p> <p>84. Interferir quando ele não conseguir fazer as atividades da vida diária.</p> <p>85. Investigar as causas da queda.</p> <p>86. Investigar como ele enfrenta as dificuldades.</p> <p>87. Investigar déficits sensoriais e motores.</p> <p>88. Investigar os aspectos positivos e negativos do cuidador.</p> <p>89. Investigar se existe cuidador secundário.</p> <p>90. Investigar sinais de negligência.</p> <p>91. Monitorar a resposta física, emocional e social à atividade de lazer.</p> <p>92. Monitorar a resposta física, emocional e social às atividades físicas.</p> <p>93. Mostrar-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do regime terapêutico.</p> <p>94. Motivar o idoso de modo que ele sinta vontade de realizar ações diárias sozinho, identificando os limites de segurança para a atividade independente.</p> <p>95. Observar a aceitação do papel de cuidador.</p> <p>96. Observar os conhecimentos do idoso sobre saúde e comportamento.</p> <p>97. Observar sinais de ansiedade, nervosismo e medo.</p> <p>98. Obter a história de saúde, incluindo a descrição dos fatores e hábitos de saúde, os riscos e os medicamentos em uso.</p> <p>99. Oferecer ao idoso a oportunidade para discutir sobre vários tipos de crenças e visões de mundo.</p> <p>100. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde.</p> <p>101. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde.</p> <p>102. Oferecer reforço pela disponibilidade para crença religiosa.</p> <p>103. Oferecer reforço positivo para a participação em atividades sociais e comunitárias.</p> <p>104. Oferecer reforço positivo para a participação nas atividades físicas.</p> <p>105. Orientar a procurar o serviço de saúde para avaliação periódica das condições de saúde.</p> <p>106. Orientar a respeito do uso de corrimão e barras de apoio.</p> <p>107. Orientar acerca da procura pelo serviço de saúde para acompanhamento e em caso de surgimento de reações pelo uso de medicamentos.</p> <p>108. Orientar acerca de atividades de lazer, respeitando suas preferências.</p> <p>109. Orientar as vacinas presentes em calendário básico nacional de vacinação ao idoso.</p> <p>110. Orientar atividades de lazer com base nos interesses e compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.</p> <p>111. Orientar o cuidador sobre o desmame dos medicamentos.</p> <p>112. Orientar passeios para visitas a familiares.</p> <p>113. Orientar quanto à prática de atividade física moderada regular.</p> <p>114. Orientar sobre a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos diários.</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>capacidade.</p> <p>47. Encorajar o idoso a falar sobre seus sentimentos de solidão e as razões pelas quais eles existem.</p> <p>48. Encorajar o idoso a participar de eventos religiosos, de retiros e grupos de oração.</p> <p>49. Encorajar o idoso a solicitar auxílio durante a noite.</p> <p>50. Ensinar ao cuidador sobre o regime terapêutico.</p> <p>51. Ensinar estratégias de manutenção dos cuidados de saúde, de modo a manter a própria saúde física e mental.</p> <p>52. Ensinar o cuidador a cuidar do idoso considerando os aspectos do envelhecimento.</p> <p>53. Ensinar sobre os benefícios na realização de exercício.</p> <p>54. Esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do regime de exercícios.</p> <p>55. Estar aberto a expressões individuais de preocupação sobre o assunto em discussão.</p> <p>56. Estimular a escolher atividades que lhe proporcionem prazer, como leitura e caminhada.</p> <p>57. Estimular a realização de ações independentes dentro das novas condições.</p> <p>58. Estimular o uso de óculos, aparelho auditivo e próteses, quando prescritos.</p> <p>59. Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador.</p> <p>60. Gerir o regime de exercício.</p> <p>61. Identificar as atividades de lazer favoritas</p> <p>62. Identificar os conhecimentos de saúde e comportamento de sua vida.</p> <p>63. Identificar os fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir a motivação para comportamento de procura de saúde.</p> <p>64. Identificar os fatores internos ou externos capazes de acentuar ou reduzir sua motivação para comportamento saudável em busca da manutenção da saúde.</p> <p>65. Identificar sinais de violência, inclusive em diferentes estágios de cicatrização; lacerações, hematomas, fraturas, falta de cabelos ou couro cabeludo sensível e marcas de mordidas humanas.</p> | <p>115. Orientar sobre como fazer alongamento corretamente antes e depois do exercício e sobre os motivos para tal, quando necessário.</p> <p>116. Orientar sobre o alcance de objetos mais frequentes.</p> <p>117. Orientar sobre o comportamento em busca de saúde.</p> <p>118. Orientar sobre o uso de iluminação adequada no ambiente domiciliar.</p> <p>119. Orientar sobre os benefícios da saúde à vida.</p> <p>120. Promover a busca do comportamento da saúde.</p> <p>121. Promover apoio psicológico e fornecer informações necessárias para o idoso ter acesso aos locais de denúncia contra maus-tratos.</p> <p>122. Promover para o cuidador momentos de lazer.</p> <p>123. Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes no domicílio.</p> <p>124. Reconhecer as dificuldades da pessoa idosa.</p> <p>125. Reconhecer as dificuldades do cuidador.</p> <p>126. Reforçar a capacidade de desempenhar atividade de lazer.</p> <p>127. Reforçar a capacidade do idoso para o preparo de alimentos.</p> <p>128. Reforçar a importância da socialização.</p> <p>129. Reforçar a importância de realizar as atividades da vida diária, tais como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, e ir ao banheiro.</p> <p>130. Reforçar a independência na capacidade de fazer compras.</p> <p>131. Reforçar a independência na realização da atividade de preparar alimentos.</p> <p>132. Respeitar e apoiar os mecanismos de enfrentamento usados pela família.</p> <p>133. Sugerir divisão de atividades com outros familiares.</p> <p>134. Sugerir o uso de calçados de salto baixo, seguros e calças de comprimento correto.</p> <p>135. Sugerir sapatos seguros que facilitem o andar.</p> <p>136. Verificar o comportamento do idoso quando ele está afastado do cuidador.</p> |
|--|---|

Quadro 12 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores **ambientais** que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Fatores ambientais que influenciam as atividades de vida Diagnósticos/Resultados de Enfermagem | |
|--|--|
| 1. Acesso ao serviço de saúde eficaz 2. Acesso ao serviço de saúde prejudicado 3. Condição de moradia prejudicada 4. Ambiente poluído | 5. Risco para falta de segurança no ambiente físico 6. Risco para estresse por mudança de ambiente 7. Estresse disfuncional por mudança de ambiente |
| Intervenções de Enfermagem | |
| 1. Avaliar o ambiente para os aspectos de segurança. 2. Avaliar o estresse após a mudança de ambiente. 3. Avaliar o impacto da ruptura do estilo de vida e a adaptação a um novo ambiente. 4. Avaliar o impacto no idoso para a mudança de ambiente. 5. Avaliar o risco para falta de segurança no ambiente físico. 6. Avaliar sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos do estresse por mudança de ambiente (ansiedade, depressão, maiores exigências, desesperança). 7. Elogiar a procura pelo idoso e a família dos serviços de saúde. 8. Encorajar a busca pelos serviços de saúde. 9. Encorajar o idoso a discutir as preocupações a respeito da mudança. 10. Encorajar o idoso, a família e os vizinhos a participarem ativamente da redução da poluição do ambiente. 11. Gerir a segurança do ambiente. | 12. Incentivar a não exposição do idoso nos ambientes poluídos (ruídos, lixo, poluição do ar). 13. Informar quanto ao controle ou prevenção de ruídos indesejáveis ou excessivos. 14. Iniciar investigação de riscos e/ou agravos à saúde do idoso, proveniente do ambiente poluído. 15. Investigar as causas da não procura pelo serviço de saúde. 16. Investigar o uso de estratégias de enfrentamento. 17. Investigar se o idoso fez outras mudanças anteriores. 18. Orientar a manter Cartão de Saúde da Pessoa Idosa em dia. 19. Orientar a redução de agravos ambientais, quando possível. 20. Orientar acerca da manutenção da casa, desinfecção, controle de insetos, segurança. 21. Orientar sobre a necessidade de acompanhamento da saúde. 22. Realizar uma investigação completa para identificar todos os fatores responsáveis pelos prejuízos no domicílio. 23. Reforçar a busca pelos serviços de saúde. |

Quadro 13 – Distribuição das afirmativas de Diagnósticos/Resultados e intervenções de enfermagem por fatores **político-econômicos** que influenciam as atividades de vida. João Pessoa, 2011.

| Fatores político-econômicos que influenciam as atividades de vida Diagnósticos/Resultados de Enfermagem | |
|---|--|
| 1. Capacidade de gerir as finanças 2. Renda pessoal deficiente 3. Renda familiar deficiente | |
| Intervenções de Enfermagem | |
| 1. Determinar se a receita mensal da pessoa é suficiente para cobrir as despesas usuais. 2. Discutir com o idoso e a família sobre a necessidade de um planejamento financeiro. 3. Discutir sobre os benefícios da capacidade de gerir as finanças. 4. Elogiar pela capacidade de realizar as atividades financeiras da família. 5. Encorajar a verbalização dos principais problemas financeiros familiares. 6. Incentivar a continuidade da gerência das finanças pessoais e familiares. | 7. Investigar a receita mensal da família é suficiente para cobrir as despesas usuais. 8. Orientar a busca de ajuda no serviço social da unidade básica. 9. Orientar a complementação da renda pessoal com a renda familiar, incluindo os demais membros da família. 10. Orientar a procura dos serviços sociais do governo para complementação de renda. 11. Orientar a realização de um planejamento financeiro. |

Acredita-se que a proposta de construção do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para Idosos, produto tecnológico deste estudo, favoreça a sistematização da assistência de enfermagem, tendo em vista que contempla os principais elementos da prática de enfermagem – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem –, tornando-se um instrumento facilitador para a prática do cuidar com idosos na atenção básica de saúde.

6 Considerações finais

Em constatação ao contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional, é indispensável o conhecimento das especificidades oriundas do envelhecimento humano. Por isso, é também preocupação da Enfermagem zelar para que o idoso consiga manter seus hábitos saudáveis, para que suas limitações, em detrimento da vida, sejam diminuídas e compensadas.

Acredita-se que a proposta de construção de Subconjuntos terminológicos ou Catálogos CIPE[®] favoreça a sistematização da assistência de enfermagem, tendo em vista que contempla os principais elementos da prática de enfermagem – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem –, tornando-se um instrumento facilitador para a prática do cuidar em todas as áreas da Enfermagem.

Sabe-se que o desenvolvimento dos Subconjuntos tem sido possível através dos Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®], acreditados pelos CIE, cujo objetivo é disseminar a utilização na prática clínica, na pesquisa e no ensino da CIPE[®]. Pode-se afirmar que o estudo foi possível de se realizar porque um desses Centros está instalado no município de João Pessoa-PB, local de desenvolvimento da pesquisa. Compreendendo que o desenvolvimento da CIPE[®] é um processo contínuo, espera-se trabalhar, junto com o CIE, para a inclusão de novos conceitos em versões posteriores relevantes para a atenção à pessoa idosa.

Considera-se que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados, tendo como resultado a construção de 129 afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermagem e de 627 de intervenções de enfermagem. Os resultados do estudo evidenciam, também, que a proposta de construção de Subconjuntos terminológicos ou Catálogos CIPE[®] para idosos facilitará a assistência de enfermagem para essa clientela, alicerçada no modelo teórico de atividade de vida e no modelo de enfermagem, que é concretizado mediante a operacionalização das etapas da consulta de enfermagem.

Nesse contexto, considerando-se os resultados apresentados, recomenda-se que sejam desenvolvidos outros estudos, para que se proceda à validação de conteúdo das afirmativas de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem, como forma de possibilitar a integração do conhecimento científico e do conhecimento prático e realizar a validação clínica dessas afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, que deverão ser testadas por meio da realização de estudos de casos clínicos com idosos participantes da pesquisa-mãe, com o objetivo de verificar a aplicabilidade delas e a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática de enfermagem com idosos na atenção básica de saúde, no município de João Pessoa – PB.

Essa proposta de Subconjunto servirá de ponto de partida para a documentação da prática de enfermagem, no tocante à assistência ao cliente idoso no domicílio ou na Atenção Básica em Saúde, com base em uma abordagem sistematizada e individualizada do cuidado, sem que se substitua o julgamento de enfermagem. Acreditando-se, portanto, que a Atenção Básica em Saúde é a porta preferencial de entrada do Sistema e que, se o conhecimento e o trabalho da Enfermagem forem fortalecidos, também estarão contribuindo com a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde dessa população. Seu uso possibilitará mudanças com vistas à prevenção de riscos, ao cuidado das necessidades afetadas e à minimização das dificuldades que já estiverem instaladas. Dessa forma, o idoso será reabilitado para adquirir autonomia e independência, o que, certamente, promoverá melhorias para sua condição de vida.

Durante a elaboração desta proposta, considerou-se como ponto positivo a divulgação da CIPE[®], versão 2011, que possibilitou um mapeamento com conceitos atualizados. Nela, existem 5.148 conceitos, dos quais 454 são novos, relativos a diagnósticos/resultados, intervenções de enfermagem previamente coordenados, oriundos dos Subconjuntos ou Catálogos já desenvolvidos. Nesse contexto, vislumbra-se a necessidade de continuidade do estudo para auxiliar na ampliação do corpo de conhecimento da Enfermagem.

Acredita-se que, a partir da estruturação dessa proposta de Subconjuntos, haverá um incentivo ao ensino e à pesquisa na Enfermagem, pois os alunos em processo de formação acadêmica poderão contar com a disposição de uma ferramenta que fortaleça o uso de uma linguagem universal e verificar que, por meio da utilização da linguagem uniformizada, será possível uma atenção mais específica, eficiente e efetiva no contexto da assistência à pessoa idosa.

É pretensão de a pesquisadora dar continuidade a esta pesquisa, em nível de Doutorado, quando serão desenvolvidas as etapas de validação de conteúdo e clínica das afirmativas de diagnósticos/resultados, intervenções de enfermagem, com o objetivo de verificar sua aplicabilidade e a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática de enfermagem com idosos, na atenção básica de saúde, no município de João Pessoa – PB.

Referências

- ALENCAR, M. S. S.; BARROS JÚNIOR, F. O.; CARVALHO, C. M. R. G. Os aportes sociopolíticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, p. 369-381, jul./ago. 2008.
- ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface** (Botucatu) [online] v.13, n. 29, p. 435-444, abr./jun. 2009.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO; M. L. Envelhecimento, amor, e sexualidade: utopia ou realidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010.
- ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ARAÚJO, A. A. **Catálogo CIPE® para pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos da comunidade. **Rev. esc. enf. USP**, v.39, n.1, p. 53-61, 2005.
- BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.8, n. 1, p.9-16, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm> Acesso em: 10 abr. 2010.
- BARTZ, C.; COENEN, A.; HARDIKER, N.; JANSEN, K. **ICNP® Catalogues**. Presented in: ACENDIO Conference, Amsterdam, 19-21 April 2007. Disponível em: <<http://www.icn.ch/Acendio2007/ICNPcatalogues-042107.html>> Acesso em: 4 jul. 2007.
- BICUDO, M. J. G. A. **Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade – contributos de Enfermagem**. 2009. 220f. Tese. (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 196/96**: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. –1. ed., 2a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde. Brasília. 2007.

BRASIL. Portaria **nº 2.528**, em 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006b.

BRASIL. Portaria **nº 648** de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a.

BRASILEIRO, M. **Enfermagem na saúde do idoso**. Goiânia: AB, 2005.

BUCHELE, F.; OLIVEIRA, A. S.; PEREIRA, M. D. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. **Interface**, Natal, v.3, n.1, p. 131-143, jan./jun. 2006.

BUENO, P. D. R. **Home care**: o que o profissional de enfermagem precisa saber sobre assistência domiciliar. São Paulo: Rideel, 2011.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Rev. Virtual Texto & Contexto**, v. 2, p. 01-08, dez. 2003.

CARVALHO, L. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun. 2003.

CARVALHO, M. W. A. **Catálogo CIPE® para Dor Oncológica**. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**. v. 79, p. 530-538. 2010. Disponível em: <<http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijmi>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº. 358/2009**: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de out de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº. 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fev. de 2007.

DIAS, B. K. P.; CARDOSO, M. C. A. F. Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.107-124, 2009.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale-EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.17, n.6, nov./dez. 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.2, p. 187-193, 2005.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Rev. Bras. Med. Esporte.**, v. 8, n.4, p. 129-138, jul./ago. 2002

FERRAZ, A. F.; PEIXOTO, M. R. B. Qualidade de vida na velhice: Estudo em uma instituição pública de recreação para idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n.2, p. 316-338, ago. 1997.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011.130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem sucedido e bem estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papyrus, 2000.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Centre for ICNP® research and development of the Federal University of Paraíba, Post-Graduate Program in Nursing – Brazil** [internet] Proceedings; 2-8 may 2011; Malta. ICN International Conference, ICNP Consortium; [cited 15 June 2011]. 10p. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/2011_Federal_University_of_Paraiba_-_ICNP_Centre.pdf

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos do cuidar. In: Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, 7, 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEn, 29 de maio a 1 de junho de 2004, p. 31-43.

GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.21, n.1, p. 69-76, jan./abr. 2005.

GOMES, J. P. **Promovendo a saúde no tratamento de constipação dos idosos**. 2009. 40f. Monografia (Especialização em Educação e Promoção da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

GOMES, V. L. O. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 108-115, 2007.

GUIMARÃES, R. M. Viver mais e melhor. **A Terceira Idade**, v. 46, n. 102, p. 96-102, 1999.

GUSMÃO, S. A. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. São Paulo: Papirus, 2001. p. 113-139.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice: Version 2011**. Available from: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Palliative Care for Dignified Dying**. The Association, Geneva, Switzerland, 2009.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment**. The Association, Geneva, Switzerland, 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fátima Marin]**. – São Paulo: Algor Editora, 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice: Version 1.0**. Geneva: 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: **International classification for Nursing Practice – Beta 2 Version**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: **ICNP® - International Classification for Nursing Practice – Beta**. Geneva, Switzerland: ICN, 1999, 195p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The international classification for nursing practice: A unifying framework-The Alfa Version**. Geneva, Suíça: ICN, 1996. 252p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **Nursing's Next Advance: An International Classification System for Nursing practice (ICNP)** Geneva, Switzerland: ICN, Headquarters, 1993.120p.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D`E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, p. 19-25.

LIMA-COSTA M. F. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai./jun. 2003.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n.2, p. 178-189. 2007.

MARTIN, F. C. et al. Fear of falling limiting activity in Young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. **Age and Ageing**, v. 34, p. 281-287, 2005.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n. 2, p. 254-62, abr./jun. 2007.

MARUCCI, M. F. N.; MERCÚRIO, R. Metabolismo do idoso. **Revista de Nutrição Profissional**, n. 3, p. 14-19, set-out. 2005.

McEWEN, M. WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Rev. Saúde e Soc.**, v. 16, n. 1, p. 70, jan./abr. 2007.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p. 33-44, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 22 abr. 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Sistema de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEN; 2000a, p.19-27.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência Semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE - Versão Alfa**. João Pessoa: Ideia, 2000b. 136p.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem CIPE/ICN: uma visão geral da versão alfa e considerações sobre a versão beta.

- In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. **A classificação Internacional da prática de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEN, 1999, p.8-33 (Série Didática).
- NÓBREGA, M. M.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008.
- PAPALÉO NETTO, M. Ciência do Envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 3, p. 29-38.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V; PY, L.; NERI, A. L. et al. (Orgs). **Tratado de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1-12.
- PEREIRA, V. M. V. **Teorias de Enfermagem: Análise do Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney**. Espanha: Bubok Publishing, 2010.
- PESSINI, L. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 26, p. 457-463, out./dez. 2002.
- PESSINI, L.; QUEIROZ, Z. V. Envelhecimento e Saúde: desafios para o novo século. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 26, p. 455-456, out./dez. 2002.
- PILGER, J. W. **Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis – RS**. 2006. 153p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Geriatria e Gerontologia/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- PORTO, M. L. L. **Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da Família**. 2004. 109f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.
- RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.
- RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p. 87-94. 1993.
- ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- RODRIGUES, L. C. B. **Vivências da sexualidade de idosos**. 2008. 92f. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 2008.
- ROLFSON, D. B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, v. 35, p. 526-529, jun. 2006.

ROPER, N.; LOGAN, W. TIERNEY, A. **The Roper, Logan, Tierney Modelo f Nursing based on activities of living**. London: Churchill Livingstone, 2000.

ROPER, N.; LOGAN, W. TIERNEY, A. **The elements of nursing – a model for nursing based on a model of living**. 4. ed. London: Churchill Livingstone, 1996.

ROZA, B. A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 5, p.95-111.

SALVAGE, J. Model Thinking. **Nursing Standard**. v. 20, n.17, p. 24-25, 2006.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, p.1035-1039, nov./dez. 2010.

SILVA, J. V. **Saúde do idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009.

SILVA, J. V.; DIAS, E. N.; VITORINO, L. M. Por que avaliar os idosos? In: SILVA, J. V. **Saúde do idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. cap. 3, p. 46-48.

SILVA, L.; ALVES, F. **A saúde das mulheres em Portugal**. Porto: Afrontamento, 2003.

SOUSA, M. G. C.; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 14, n. 2, p. 241-246, 2009.

SOUZA, M. F. As teorias de Enfermagem e as influências nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2008. cap. 1, p. 15-28.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n.3. p. 548-554, mai./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

Apêndices

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Etapa de Coleta de termos - Colaborador

Prezada(o) Colega,

Esta pesquisa intitula-se **DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS: PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®** e está sendo realizada por Ana Claudia Torres de Medeiros, enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, nível mestrado, orientado pela Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega. A finalidade da pesquisa é contribuir para a construção de subconjuntos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, por ambiente e/ou clientela específicos para áreas de especialidade da atenção básica em saúde, que sejam sensíveis a nossa realidade, e possa favorecer a integração do conhecimento científico e do conhecimento prático, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional.

Solicitamos sua ajuda na qualidade de colaborador para julgar se os termos constantes no instrumento da pesquisa “Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado – Projeto PROCAD” podem ser considerados relevantes para a construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos. Para isto, leia os termos contidos neste instrumento e marque na coluna a direita se concorda ou discorda da relevância dos mesmos na prática assistencial com idosos residentes no município de João Pessoa - PB.

A sua participação nesta pesquisa na qualidade de colaborador é **voluntária** e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em sigilo.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da Pesquisadora

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa **DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS: PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®**; e para que a pesquisadora apresente os seus resultados em eventos científicos e/ou os publiquem em periódicos da área.

João Pessoa, ____ de abril de 2011

Assinatura da Participante da Pesquisa

Endereço da pesquisadora responsável:
 Rua Coronel José Cesarino da Nóbrega, nº 103, apto 402;
 Bancários. João Pessoa-PB 58051 – 130
 Contato: 83 9928 6004
 E-mail: anaclaudia.tm@hotmail.com

APÊNDICE B

Relação de termos identificados no instrumento da pesquisa “Condição de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado – Projeto PROCAD”.

Leia os termos abaixo e marque com um **X** na segunda coluna se **concordar (C)** com a relevância dos mesmos na prática assistencial com idosos residentes no município de João Pessoa – PB ou na terceira coluna se **discordar (D)** da relevância do mesmo.

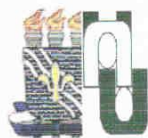
| Termos | C | D | Termos | C | D |
|---|---|---|--|---|---|
| Aborrecimento | | | Casa própria | | |
| Aceitação | | | Casado | | |
| Acesso aos serviços de saúde | | | Catarata/glaucoma | | |
| Acidentes ocasionais | | | Cheio | | |
| Algumas vezes | | | Cidade | | |
| Alimentação | | | Cintura | | |
| Alimentação por fluidos EV | | | Circunstâncias | | |
| Alimentação por sondas | | | Clima | | |
| Altura | | | Cognição | | |
| Aluguel | | | Com ajuda (assistência) | | |
| Ambiente físico | | | Companheirismo | | |
| Amigos | | | Companheiro(a) | | |
| Andar | | | Completamente | | |
| Anemia | | | Completo | | |
| Ano | | | Comunidade | | |
| Ansiedade | | | Concentração | | |
| Aparência física | | | Condições da moradia | | |
| Apoio | | | Cônjuge | | |
| Aposentadoria | | | Continência | | |
| Aproveita a vida | | | Controlar a sua morte | | |
| Arranjo familiar | | | Controle da urina | | |
| Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) | | | Controle das necessidades diárias de compras | | |
| Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) | | | Controle esfinteriano completo | | |
| Artrite (reumatoide/osteoartrite/artrose) | | | Convênio de saúde | | |
| Asma ou bronquite | | | Cor da pele | | |
| Assistência para amarrar sapatos | | | Cozinhar as refeições | | |
| Assistência para cortar carne/manteiga no pão | | | Cuida das compras | | |
| Assistência para ir ao banheiro | | | Cuidador | | |
| Assistência para uma parte do corpo | | | Cuidador particular | | |
| Assistência para vestir-se | | | Cuidar da casa (limpar/arrumar casa) | | |
| Atenção | | | Cuidar do dinheiro | | |
| Atividade | | | Dançar | | |
| Atividade de lazer | | | Data de nascimento | | |
| Atividade física | | | DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar) | | |
| Atividades da vida diária | | | Deita | | |
| Atividades domésticas | | | Dependência parcial | | |
| Atrativos | | | Dependência total | | |
| Atual | | | Dependente | | |
| Audição | | | Depressão | | |
| Bairro | | | Deprimido | | |
| Banho | | | Derrame | | |
| Barulho | | | Desempenhar | | |
| Bastante | | | Desempenho funcional | | |
| Benzedeira | | | Desesperança | | |
| Boa | | | Desespero | | |
| Cálculo | | | Desquitado | | |
| Câncer | | | Dia da semana | | |
| Capacidade | | | Dia-a-dia | | |
| Capaz | | | Diabetes mellitus | | |
| Casa | | | Dificuldade | | |
| Casa alugada | | | Dinheiro | | |
| Casa cedida | | | Dirigir seu próprio carro | | |
| | | | Divorciado | | |

| Termos | C | D | Termos | C | D |
|---|---|---|----------------------------------|---|---|
| Doações | | | Locomoção de um lugar para outro | | |
| Doença cardíaca | | | Maioria | | |
| Doença gastrointestinal | | | Mais leves | | |
| Doença neurológica (Parkinson/ esclerose) | | | Maneira correta | | |
| Doença vascular periférica (varizes) | | | Manusear o dinheiro | | |
| Dor (física) | | | Maravilhoso | | |
| Dois semanas | | | Masculino | | |
| Eliminações fisiológicas | | | Mau humor | | |
| Energia | | | Medicação | | |
| Escolaridade | | | Medicação prescrita | | |
| Esporte | | | Medo | | |
| Esposo(a) | | | Medo de morrer | | |
| Esquece-se de tomar os remédios | | | Meio de transporte | | |
| Estado civil | | | Melhor | | |
| Estado geral de saúde | | | Memória | | |
| Estar vivo | | | Memória de evocação das palavras | | |
| Excelente | | | Mês | | |
| Executar | | | Mora sozinho | | |
| Extremamente | | | Moradia | | |
| Falecimento | | | Morte | | |
| Família | | | Muito boa | | |
| Familiar | | | Muito feliz | | |
| Farmácia | | | Muito frequentemente | | |
| Fazer certas coisas | | | Muito infeliz | | |
| Fazer coisas novas | | | Muito insatisfeito | | |
| Fazer compras | | | Muito pouco | | |
| Fazer o que gosta | | | Muito ruim | | |
| Feliz | | | Muito satisfeito | | |
| Feminino | | | Nada | | |
| Ficar em casa | | | Não | | |
| Ficar em pé | | | Necessidades | | |
| Filho(a) | | | Necessidades básicas | | |
| Fragilidade | | | Necessita de atenção | | |
| Frequência | | | Nenhuma | | |
| Frequentemente | | | Netos | | |
| Funcionamento dos sentidos | | | Nível de atividade | | |
| Futuro | | | Nome da rua | | |
| Genro | | | Nora | | |
| Hérnia | | | Normal | | |
| Higiene pessoal | | | Número da casa | | |
| Hipertensão arterial | | | Nunca | | |
| Humor | | | Nutrição | | |
| Idade | | | Obesidade | | |
| Idoso | | | Olfato | | |
| Igual | | | Oportunidade para ser amado(a) | | |
| Incapaz | | | Oportunidades para amar | | |
| Incontinência fecal | | | Orientação espacial | | |
| Incontinência urinária | | | Orientação temporal | | |
| Incontinente | | | Osteoporose | | |
| Independência funcional | | | Pagar contas | | |
| Independente | | | Paladar | | |
| Infeliz | | | Participação em atividades | | |
| Insatisfeito | | | Particular (despesas médicas) | | |
| Interação com outras pessoas | | | Pele amarela | | |
| Intimidade | | | Pele branca | | |
| Inútil | | | Pele indígena | | |
| Lavar a roupa | | | Pele parda | | |
| Levanta da cama | | | Pele preta | | |
| Leves | | | Pensão | | |
| Liberdade | | | Perda da audição | | |
| Linguagem | | | Perda da visão | | |
| Local de nascimento | | | Perda de peso | | |
| Locomoção | | | Perda do olfato | | |

| Termos | C | D | Termos | C | D |
|------------------------------------|---|---|---------------------------|---|---|
| Perda do paladar | | | Serviço de saúde | | |
| Perda do tato | | | Sexo | | |
| Perdas dos sentidos | | | Situação econômica | | |
| Peso | | | Situação sem saída | | |
| Péssima | | | Solteiro | | |
| Pessoas | | | Sono | | |
| Pessoas significativas | | | Suficiente | | |
| Pior | | | Suporte social | | |
| Planeja a alimentação | | | SUS | | |
| Poluição | | | Tarefa doméstica | | |
| Precisa de ajuda | | | Tato | | |
| Precisa de alguma ajuda | | | Tomada de decisões | | |
| Precisa de supervisão | | | Tomar a medicação | | |
| Precisa do auxílio de outra pessoa | | | Tomar banho | | |
| Preencher cheques | | | Tomar remédios | | |
| Prejudicado | | | Tomar táxi sem ajuda | | |
| Prepara os alimentos | | | Tomar transporte coletivo | | |
| Preparar refeição | | | Trabalho | | |
| Prisão de ventre | | | Trabalho comunitário | | |
| Problemas de coluna | | | Trabalho doméstico | | |
| Problemas de saúde | | | Trabalho próprio | | |
| Quadril | | | Trabalho remunerado | | |
| Qualidade de vida | | | Trabalho voluntário | | |
| Razoável | | | Transferência | | |
| Realizações na vida | | | Transporte | | |
| Realizar | | | Transtorno do pânico | | |
| Recebe assistência | | | Tratamento médico | | |
| Reconhecimento | | | Triste | | |
| Refluxo | | | Úlcera | | |
| Regular | | | Última | | |
| Relacionamento íntimo | | | União conjugal | | |
| Relações pessoais | | | Urbano | | |
| Religião | | | Usa seu tempo | | |
| Religião católica | | | Usar a medicação | | |
| Religião espírita | | | Usar o telefone | | |
| Religião judaica | | | Usar transporte | | |
| Religião protestante ou evangélica | | | Uso de andador | | |
| Remédios | | | Uso de bengala | | |
| Renda | | | Uso de cateter | | |
| Residência | | | Uso de medicamentos | | |
| Respeito | | | Vai ao banheiro | | |
| Responder às chamadas | | | Veste-se | | |
| Responsável do domicílio | | | Vestuário | | |
| Roupas folgadas | | | Vida | | |
| Ruim | | | Vida diária | | |
| Rural | | | Vida sexual | | |
| Satisfeito | | | Violência | | |
| Satisfeito com a vida | | | Visão | | |
| Satisfeito(a) com a saúde | | | Viúvo | | |
| Saudável | | | | | |
| Saúde | | | | | |
| Segurar urina | | | | | |
| Sem ajuda (assistência) | | | | | |
| Sem filhos | | | | | |
| Semana | | | | | |
| Semestre | | | | | |
| Sempre | | | | | |
| Sentar | | | | | |
| Sente amor em sua vida | | | | | |
| Sentimentos negativos | | | | | |
| Separação conjugal | | | | | |
| Separado | | | | | |
| Serve as refeições | | | | | |

Anexos

ANEXO A
CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 22/02/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS COMUNITÁRIOS: proposta de subconjunto terminológico da CIPE®.** Protocolo CEP/HULW nº. 034/11, Folha de Rosto nº 401868, CAAE Nº 0127.0.000.126-11 das pesquisadoras **ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS e Prof^ª. Dr^ª. MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA.**

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 23 de fevereiro de 2011.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Prof^ª Dr^ª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com