



**JANAÍNA AMORIM DE ÁVILA**

**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**RIO GRANDE  
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS  
DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para sustentação. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Sidney Costa Santos  
Orientanda: Janaína Amorim de Avila

**RIO GRANDE  
2012**

A958f Avila, Janaína Amorim de

**Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem / Janaína Amorim de Avila. – 2012.**

172f.

Orientador: Silvana Sidney Costa Santos  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Acidentes por quedas. I. Título. II. Santos, Silvana Sidney Costa

CDU: 616-083-053.9

JANAINA AMORIM DE ÁVILA

**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM  
RISCO DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Esta dissertação/tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** aprovada na sua versão final em 30/08/2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Profª Drª Mara Regina dos Santos Silva  
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Silvana Sidney Costa Santos (Presidente – FURG)

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt (Membro Externo – UFSC)

Profª Drª Giovana Calcagno Gomes (Membro Interno FURG)

Profª Drª Adriane M. de Oliveira Neto (Membro Interno, Suplente – FURG)

Profª Drª Celmira Lange (membro Externo, Suplente – UFPEL)

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação à minha avó materna Lídia Corrêa Amorim, que sempre foi minha fortaleza espiritual para seguir em frente e lutar por todos os meus sonhos, projetos e metas...*

## *AGRADECIMENTOS*

*Ao meu bom DEUS, obrigada pela minha saúde, força e oportunidade de finalizar o Mestrado;*

*Ao meu pai João Luiz de Avila, que se encontra em outra dimensão, pelos seus princípios, ensinamentos que permanecem na minha essência, encorajando-me a suportar as dificuldades, a vencer os obstáculos e a lutar pelos meus ideais;*

*A minha mãe Eni Amorim de Avila por ser meu porto seguro, fortalecendo-me nos momentos intempestivos, difíceis, de reflexão e de sucesso;*

*À minha orientadora Dr<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos pela sabedoria, discernimento, dedicação, permanecendo ao meu lado e me encorajando nas horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória. Obrigada por ser minha grande mestra, exemplo de profissional, ética e verdadeira, competente, fonte de inspiração, apoio e ensino diário;*

*Ao meu namorado Cléber Sanches Georgiana pela compreensão, paciência, força, dedicação, incentivo, por estar sempre ao meu lado, auxiliando-me nas horas de tensão, conflitos e conquistas;*

*Ao meu irmão Luís Carlos Amorim de Avila e sobrinha Maria Luísa Amorim que torcem por mim;*

*Aos professores do Mestrado pelos ensinamentos;*

*Aos colegas do Mestrado, que compartilharam períodos de angústias, dúvidas, reflexão e de conquistas. Sentirei saudades de todas e sempre estarão presentes na minha memória;*

*Às professoras que fizeram parte da minha banca e da construção da minha pesquisa, contribuindo com seus conhecimentos, experiências, compartilhando seus saberes a fim de que meus ideais fossem alcançados;*

*A todos meus amigos que torcem pelo meu sucesso, realização pessoal e profissional;*

*A todos colegas do grupo GEP/GERON que dividem e compartilham experiências, conhecimentos e momentos de entretenimento;*

*A todos que de alguma forma me ajudaram na pesquisa, que tiveram paciência, disponibilizaram tempo para que o objetivo do estudo fosse alcançado;*

*Aos funcionários da Escola de Enfermagem da FURG, em especial os que compõem a secretaria, pelo apoio e paciência;*

*À administração da Instituição de Longa Permanência para idosos – Asylo de Pobres em favorecer o espaço para a realização da pesquisa;*

*Aos IDOSOS, por participarem da pesquisa, compartilharem suas experiências, exibirem suas particularidades, interagindo, auxiliando na pesquisa e no ensino para o bem da sociedade. Um agradecimento especial a todos!!!!Enfim, a todos que fizeram parte dessa minha realização!!! MUITO OBRIGADA!!!!*

## RESUMO

ÀVILA, Janaína Amorim de. *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem*. 172f. Dissertação Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

O estudo teve como objetivo geral: propor cuidados de enfermagem para prevenção das quedas junto aos idosos institucionalizados, por meio do processo de enfermagem, embasados em elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Os objetivos específicos foram: elaborar instrumento que guiasse o processo de enfermagem, visando à prevenção de quedas nos idosos institucionalizados, embasado em elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; desenvolver processo de enfermagem direcionado à prevenção de quedas do idoso institucionalizado, utilizando *North American Nursing Diagnosis Association e Classificação das Intervenções de Enfermagem*, avaliando funcionalidade, incapacidade e saúde. Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Os participantes foram nove pessoas idosas residentes em uma instituição de longa permanência, no Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Na coleta dos dados foram utilizados: Miniexame do Estado Mental, Escala de Risco para Quedas e Histórico de enfermagem, aplicados por meio da entrevista semiestruturada, observação e exame físico. Os dados foram coletados em maio de 2012. Na análise de dados, os casos foram apresentados, tendo como produto final o processo de enfermagem direcionado ao idoso institucionalizado, embasado em elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e voltado à prevenção das quedas. Houve aprovação do comitê de ética e pesquisa, parecer número 003/2012. Verificou-se que o maior número de residentes com risco de quedas eram mulheres, viúvas, entre 80 a 90 anos; sabiam ler e escrever; hipertensas; faziam uso de polifarmácia; moradia com barreiras arquitetônicas. Foram identificados doze diagnósticos de enfermagem. Para cada diagnóstico de enfermagem, seguindo a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, foram verificados em média de três a quatro domínios alterados da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e propostas intervenções de enfermagem por meio da Nursing Interventions Classification. Foram os principais diagnósticos de enfermagem: Risco de quedas, Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída, Proteção ineficaz, Risco de glicemia instável, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Percepção sensorial visual perturbada, Incontinência urinária de urgência, Percepção sensorial auditiva perturbada, Dor aguda, Estilo de vida sedentário, Dor crônica, Mobilidade física prejudicada. Espera-se com esta pesquisa contribuir para um cuidado de enfermagem adequado, específico, a fim de que a pessoa idosa institucionalizada seja considerada em seus aspectos multidimensionais, conforme preconiza a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. E, através dessa perspectiva, promover avanços para que estratégias sejam criadas para a manutenção da autonomia, funcionalidade e prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada.

**Descritores:** Idoso; Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência para idosos; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

ÀVILA, Janaína Amorim de. *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem*. 172f. Dissertação Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

The study aimed to: propose nursing care for the prevention of falls among institutionalized elderly, through the nursing process, based on elements of the International Classification of Functioning, Disability and Health. The specific objectives were: elaborate instrument that guided the nursing process, aimed at preventing drops in elderly institutionalized, based on the International Classification of Functioning Disability and Health; develop nursing process aiming at preventing drops among the institutionalized elderly, using North American Nursing Diagnosis Association and Nursing Interventions Classification, assessing functioning, disability and health. Qualitative research, the case study. Participants were nine elderly residents in a long-stay institution in Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brazil. In collection data were used: records of elderly, Mini Mental State Examination, Questionnaire for Risk about Drops, Historic of nursing, applied through semi-structured interviews, observation and examination. Data were collected in May 2012. In data analysis, cases were presented, with the final product a proposed nursing care directed to the institutionalized elderly, focused on the nursing process, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health and turned the prevention of drops. There was approval of the ethics committee and research, opinion number 003/2012. It was found that the largest number of residents at risk of falling were women, widows, between 80 to 90 years, could read and write; hypertensive; made use of polypharmacy, housing with architectural barriers. We identified twelve nursing diagnoses. For each nursing diagnosis, following the taxonomy of the North American Nursing Diagnosis Association, were found on average three to four domains altered the International Classification of Functioning, Disability and Health nursing interventions and proposals through the Nursing Interventions Classification. Were the main nursing diagnoses: Risk of drops, risk for decreased cardiac tissue perfusion, ineffective Protection, Risk glucose unstable, imbalanced Nutrition: more than body requirements, visual sensory perception disturbed, Urge Urinary Incontinence, auditory sensory perception disturbed, Acute Pain, Lifestyle sedentary, chronic pain, impaired physical mobility. It is hoped that this research contribute to adequate nursing care, specific, so that the institutionalized elderly have a multidimensional nursing care, as recommended by the international classification of functioning, disability and health. And from this perspective, to promote advances strategies are established to maintain autonomy, functionality and drops prevention for the elderly institutionalized.

**Descriptors:** Elderly, Accidental Drops; Long Stay Institution; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

## RESUMEN

ÀVILA, Janaína Amorim de. *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem*. 172f. Dissertação Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

El estudio tuvo como objetivo: proponer los cuidados de enfermería para la prevención de caídas entre los ancianos, a través del proceso de enfermería, con base en los elementos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Los objetivos específicos fueron: elaborar un instrumento que guíe el proceso de enfermería, orientada a la prevención de caídas en ancianos institucionalizados, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; desarrollar el proceso de enfermería dirigida a la prevención de las caídas en los ancianos institucionalizados, utilizando Asociación Norte Americana de Enfermería Diagnóstico y Clasificación de Intervenciones de Enfermería que evalúe el funcionamiento, la discapacidad y la salud. La investigación cualitativa, el estudio de caso. Participaron nueve residentes personas anciano en una institución de larga estancia en Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. En la recolección de datos se utilizaron: registros de los ancianos, Mini Examen del Estado Mental, Cuestionario de Riesgo, de la Histórico de la enfermería, aplicado a través de entrevistas semi-estructuradas, observación y examen. Los datos fueron recogidos en mayo de 2012. En el análisis de datos, los casos se presentaron con el producto final a los cuidados de enfermería propuesta dirigida a las personas ancianos institucionalizados, se centró en el proceso de enfermería, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y de cara a la prevención de caídas. Hubo aprobación del comité de ética e investigación, opinión número 003/2012. Se encontró que el mayor número de residentes en riesgo de caer eran mujeres, viudas, año entre 80 y 90, sabían leer y escribir, hipertensos, el uso hecho de la polifarmacia, vivienda con barreras arquitectónicas. Se identificaron doce diagnósticos de enfermería. Para cada diagnóstico de enfermería, siguiendo la taxonomía de la Asociación North American Nursing Diagnosis, se encontraron en promedio de tres a cuatro dominios alterado la Clasificación Internacional de las intervenciones de enfermería Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y las propuestas a través de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Fueron los principales diagnósticos de enfermería: Riesgo de caídas, el riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco, la protección efectiva, la glucosa Riesgo inestable, nutrición desequilibrada: superior a los requerimientos, la percepción sensorial visual alterada, incontinencia urinaria de urgencia, la percepción sensorial auditiva alterada, dolor agudo, estilo de vida sedentario, dolor crónico, deterioro de la movilidad física. Se espera que esta investigación contribuya a una asistencia adecuada, específica, de modo que los ancianos institucionalizados tienen un cuidado de enfermería multidimensional, según lo recomendado por la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Y desde este punto de vista, para promover los avances que se han establecido estrategias para mantener la autonomía, la funcionalidad y la prevención de caídas en los ancianos institucionalizados.

**Descriptor:** Los ancianos, las caídas accidentales; Institución a largo plazo; La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; enfermeira.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>3 MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL.....</b>	<b>19</b>
3.1 Idosos Institucionalizados.....	19
3.2 Quedas em dosos.....	24
3.3 Cuidado de Enfermagem – Processo Enfermagem.....	30
3.4 Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde CIF.....	34
3.5 Modelo Teórico do estudo.....	38
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Local de estudo.....	40
4.3 Participantes da Pesquisa.....	41
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	42
4.5 Procedimentos de Análise e Interpretação de Dados.....	43
4.6 Aspectos éticos do estudo.....	44
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
6.1 ARTIGO 1.....	114
6.2 ARTIGO 2 .....	124
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>138</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Prevenção de Quedas Proposto pela Organização Mundial de Saúde, Modificado. Rio Grande/RS, Brasil, 2012 (OMS, 2007).....	28
Figura 2 – Interações entre os componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Rio Grande/RS, Brasil.....	36
Modelo Teórico do Estudo .....	38
Figura 3 – Modelo Metodológico do Estudo de Caso Adaptado (YIN, 2010, p. 181).....	40
Figura 4 – Localização da ILPI (Asylo de Pobres).....	41
Figura 5 – Visão Geral do Município do Rio Grande/RS, Brasil.....	41
Figura 6 – Diagrama que Relaciona as Alterações de Elementos da CIF e o Riso de quedas em Idosos Institucionalizados. Rio Grande/RS, Brasil, 2012.....	111

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 do caso 1.....	46
Quadro 2 do caso 1.....	46
Quadro 3 do caso 1.....	48
Quadro 1 do caso 2.....	51
Quadro 2 do caso 2.....	51
Quadro 3 do caso 2.....	53
Quadro 1 do caso 3.....	56
Quadro 2 do caso 3.....	56
Quadro 3 do caso 3.....	60
Quadro 1 do caso 4.....	65
Quadro 2 do caso 4.....	65
Quadro 3 do caso 4.....	70
Quadro 1 do caso 5.....	74
Quadro 2 do caso 5.....	75
Quadro 3 do caso 5.....	77
Quadro 1 do caso 6.....	79
Quadro 2 do caso 6.....	80
Quadro 3 do caso 6.....	82
Quadro 1 do caso 7.....	84
Quadro 2 do caso 7.....	84
Quadro 3 do caso 7.....	87
Quadro 1 do caso 8.....	91
Quadro 2 do caso 8.....	92
Quadro 3 do caso 8.....	94
Quadro 1 do caso 9.....	99
Quadro 2 do caso 9.....	99
Quadro 3 do caso 9.....	101
Quadro relacional dos idosos pesquisados, Rio Grande/RS, Brasil,.....	104

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado, intitulada *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem* apresenta a estrutura: introdução, marco teórico-referencial, metodologia, apresentação dos resultados, discussão dos resultados, considerações finais.

Na introdução, trago à aproximação com o objeto de estudo, conceitos relacionados à pesquisa: velhice, quedas, instituição de longa permanência para idosos, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Reflito acerca de políticas públicas voltadas ao idoso institucionalizado. Por fim, apresento a justificativa e os objetivos.

No Marco teórico-referencial reflito acerca de idosos institucionalizados. Depois, descrevo as quedas e questões pertinentes a esses acidentes, quando acometem os idosos. Trago o cuidado de enfermagem, com ênfase nos idosos institucionalizados e tendo como foco o processo de enfermagem. Descrevo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), encerro este capítulo com o modelo teórico do estudo.

A metodologia trago: tipo e local do estudo, participantes, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, procedimentos de análise/interpretação dos dados e, por fim os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Na apresentação dos resultados trago os casos estudados, primeiro, por meio do Histórico de Enfermagem embasado em elementos da CIF; segundo, pela Análise de Risner para direcionar o processo diagnóstico; terceiro, apresento os títulos de diagnósticos de enfermagem a partir da NANDA e as intervenções de enfermagem usando a NIC; quarto, relaciono as etapas anteriores aos elementos da CIF que foram alterados nos idosos investigados.

Na discussão dos resultados apresento dois artigos científicos: “Histórico de enfermagem para idosos institucionalizados baseado na classificação da funcionalidade, incapacidade e saúde” e “Risco de quedas: processo de enfermagem em idosos institucionalizados pela classificação internacional de funcionalidade/incapacidade/saúde”.

Nas considerações finais trago o alcance dos objetivos, limitações e pontos favoráveis da pesquisa, breve apresentação dos resultados e contribuições do estudo para a Enfermagem.

## 2 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar uma pesquisa voltada ao idoso surgiu pelo fato de ter atuado numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Também por participar do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG-CNPq). Fatos que me fizeram refletir sobre o processo de envelhecimento e possíveis ações de enfermagem que possam auxiliar na prevenção de quedas, na manutenção da funcionalidade e da autonomia e no estímulo do autocuidado do idoso institucionalizado.

A velhice assinala-se como uma fase da vida do ser humano caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada idoso. É uma etapa em que, ponderando sobre a própria existência, o idoso conclui que alcançou muitos objetivos e vivenciou perdas, das quais a saúde se destaca como um dos aspectos mais afetados (OMS, 2005). O idoso exibe necessidades peculiares, que exigem atenção e conhecimento para tomar medidas e condutas que sejam adequadas para cada situação, como exemplo saber como prevenir as quedas.

A queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade (WADA et. al., 2007).

As quedas são consideradas importantes preditores de desfechos desfavoráveis em pessoas idosas, tais como fragilidade, morte, institucionalização e piora das condições de saúde. A fratura de fêmur em pessoas idosas é um evento difícil que pode contribuir para a redução da capacidade funcional, perda de autonomia e de independência; além de poder levar à internação, institucionalização e à morte. A fratura de fêmur é importante causa de internação hospitalar pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e ocorre em aproximadamente ¼ das fraturas pós-quedas. Cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e para aqueles acima de 80 anos, essa proporção se eleva para 50%. Após a primeira queda, aumenta o risco de cair novamente e, por medo de cair, os idosos diminuem a mobilidade e sociabilidade. Em torno de 13% das pessoas idosas são caidores recorrentes (SES, 2010).

A pessoa idosa agrupa uma gama de fatores que aumentam o risco de quedas como: osteoporose, instabilidade postural, alteração da marcha, declínio cognitivo, dificuldades visuais, auditivas e polifarmácia, fazendo-se necessária sua avaliação contínua. O ambiente em que o idoso reside ou frequenta pode oferecer ou aumentar as chances de ocorrência de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e de corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos,

obstáculos como fios elétricos e pisos mal conservados no local de circulação são alguns dos riscos comumente observados (COSTA et. al., 2010). A prevenção às quedas precisa ser elemento focal das políticas públicas direcionadas ao idoso.

O Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas da população que envelhece. A Política Nacional do Idoso (PNI) assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, por meio da Lei nº 8.842/94 e do Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 2006a).

O Estado decreta suas políticas com olhar de reconhecimento social, de oportunidades e de sensibilização da importância do idoso para o Brasil. O Estatuto do Idoso assegura direitos sociais e deveres que a família, sociedade e Estado devem garantir ao idoso. O artigo oitavo do Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, menciona que o envelhecimento é direito personalíssimo e sua proteção, por imediato, constitui um direito social. Já o nono, atribui ao Estado à obrigação de garantia ao idoso à proteção à vida e à saúde por meio de efetivação de políticas sociais públicas que possam contribuir para um envelhecimento saudável e com dignidade (BRASIL, 2003).

Em termos de utilização dos serviços de saúde, o aumento dos idosos na população implica no maior número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que exigem ações dispendiosas, envolvendo tecnologia complexa para o cuidado específico. Pelo fato de demandar mais gastos com tratamentos médicos e hospitalares, as autoridades sanitárias se confrontam com desafio, em especial, no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. Por isso, se faz necessário o investimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças a fim de que os idosos mais frágeis sejam identificados precocemente (LYRA et. al., 2006). E nessa perspectiva surge a necessidade de instituições que sirvam de residência para o idoso.

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi uma expressão adotada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), correspondendo ao *Long Term Care Institution*, para substituir o termo asilo, abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica, ancianato e similares (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). As ILPIs devem proporcionar atendimento às necessidades dos residentes, tentando incentivar a manutenção da autonomia e da independência, além de preservar a intimidade e privacidade (BORN; BOECHAT, 2006).

Conforme preconiza o Estatuto do idoso no Título IV, cap. II, as ILPIs devem adotar alguns princípios: preservação de vínculos familiares; atendimento personalizado e em grupos; participação dele em atividades comunitárias; garantia dos direitos do idoso;

preservação da identidade e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade. Tais entidades devem ser fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros órgãos previstos em lei (BRASIL, 2003).

No idoso que reside numa ILPI, observa-se que o afastamento da família, da casa, dos amigos, das relações onde sua história de vida foi construída pode ocasionar sentimento de exclusão social e abandono. Um motivo de institucionalização pode ser o fato da família não saber cuidar deles no surgimento/agravamento de uma DCNTs. Existem situações em que a família não tem condições de garantia da sobrevivência ou da manutenção do idoso dependente. As ILPIs, ainda constituem desafio se contrastadas com a proposta da promoção de saúde, estabelecidas pelas políticas públicas, muitas vezes ferindo o direito à individualidade e autonomia (FREIRE; TAVARES, 2005).

Na tentativa de buscar cuidado adequado e específico aos idosos residentes numa ILPI, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) mostra-se uma ferramenta de valia para o planejamento e implementação de ações do enfermeiro. Nesse processo de preparação e adaptação da sociedade ao aumento da população idosa, deve-se incluir a capacitação dos profissionais para a função de cuidar dos idosos e nela a possibilidade de apreender-se a avaliar a pessoa idosa.

Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos saúde e doença refletem na saúde dele (NASRI, 2008). A avaliação funcional do idoso é uma ação do enfermeiro e deve ser contemplada no processo de enfermagem.

O PE é uma tecnologia de conhecimento para a produção de bens e serviços, é um instrumento tecnológico utilizado para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. É um modelo metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exijam uma ação profissional do enfermeiro (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Tendo em vista, o aumento dos idosos brasileiros, bem como das ILPIs para atender essa clientela, surge à necessidade de novas tecnologias. O enfermeiro precisa se adaptar às inovações que possam facilitar e auxiliar no processo de trabalho. Estudiosos e pesquisadores, na busca por um cuidado à saúde mais adequado ao idoso, perceberam a necessidade de investir mais na condição de manutenção, funcionalidade e autonomia do ser humano, assim,

a OMS (2005), após um processo de avaliação e pesquisa formulou a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF tem múltiplas finalidades e foi elaborada para servir várias disciplinas/setores. Também para proporcionar base científica à compreensão e estudo dos determinantes da saúde, resultados e condições relacionadas com a saúde; estabelecer linguagem comum para a descrição da saúde/estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores: profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir comparação de dados de diferentes países, disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde e serviços em diferentes momentos e proporcionar um esquema de codificação para sistemas de Informação de saúde. Estas finalidades estão interrelacionadas e a necessidade de aplicar a CIF requer a construção de um sistema prático e útil que possa ser aplicado por vários utilizadores na política de saúde, na garantia da qualidade e avaliação de resultados em diferentes culturas (OMS, 2004).

Os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a funcionalidade, incluindo nessa a preocupação pelo ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. A CIF é instrumento que servirá para auxiliar na verificação do estado funcional do idoso e analisará as condições socioeconômicas, hábitos, o histórico de uma vida e fornecerá subsídios para se implementar uma política de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Por essa abordagem é que se percebe o quanto é útil a sua aplicabilidade no contexto de uma ILPI, pois o enfoque será o ser humano idoso.

Ao estudar e analisar a CIF percebe-se sua utilidade e aplicação universal, pois esta ferramenta pode ser usada para todas as pessoas, em todas as faixas etárias e em qualquer condição de saúde, contextualizando o atendimento, conforme as necessidades individuais. A forma que o processo de enfermagem direciona o trabalho do enfermeiro pode, junto com a CIF dinamizar suas atividades, principalmente voltadas aos idosos institucionalizados. Nesta perspectiva, pergunta-se: como propor cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados para prevenção de quedas, utilizando-se o processo de enfermagem e elementos da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)?

Foram **objetivos** desta pesquisa:

**Objetivo geral:**

Propor cuidados de enfermagem para prevenção das quedas junto aos idosos institucionalizados, por meio do processo de enfermagem, embasados em elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

**Objetivos específicos:**

Elaborar instrumento que guiasse o processo de enfermagem, visando à prevenção de quedas nos idosos institucionalizados, embasado em elementos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);

Desenvolver processo de enfermagem direcionado à prevenção de quedas do idoso institucionalizado, utilizando a *North American Nursing Diagnosis Association e Classificação das Intervenções de Enfermagem*, avaliando funcionalidade, incapacidade e saúde.

### 3 MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

#### 3.1 Idosos institucionalizados

No Brasil, um dos primeiros asilos, voltados exclusivamente para a população idosa, foi criado em 1890, no Rio de Janeiro, a Fundação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. Começou abrigando idosos pobres numa perspectiva filantrópico-assistencialista do século XIX, passou, a partir de 1909, a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma mensalidade. Hoje é considerado instituição para idosos de alto poder aquisitivo (MICHELINE, 2009).

O significado original da palavra asilo vem do grego (*asylum*), referindo-se a local de amparo e proteção. Asilo é utilizado ainda para descrever instituições de assistência social cuja finalidade é abrigar idosos pobres, com conotação depreciativa. Com o aumento na demanda por ILPIs, devido às mudanças demográficas e familiares, a partir da década de 70, começaram a surgir instituições privadas para idosos, de fins lucrativos, as quais adotam terminologias diferentes, tais como: casas de repouso e clínicas geriátricas. Assim, os asilos, passaram a incorporar outros extratos sociais que não somente os pobres (RIBEIRO et. al., 2008).

A partir de final da década de 80 começaram a surgir tentativas legais de ordenamento do funcionamento das instituições asilares, como: portarias, normas, resoluções e decretos – dedicadas a definir o funcionamento, classificar e padronizar as instituições asilares, padronizar procedimentos e estabelecer parâmetros de atendimento. Estes documentos foram apresentados pelo Ministério da Saúde e pelo atual Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome (RIBEIRO et. al., 2008).

Em 1989, a portaria 810/1989 determinou normas mínimas para o funcionamento de estabelecimentos destinados ao atendimento de pessoas idosas. Abrangendo a definição, formas de organização, área física, instalações, trabalhadores e recursos materiais, estabelecendo critérios mínimos para que as instituições possam continuar funcionando. Nesse contexto, foram consideradas instituições específicas para pessoas idosas os estabelecimentos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais. Sob regime de internato ou não, durante um período indeterminado, possuindo um quadro de trabalhadores aptos a atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolverem outras atividades características da vida institucional (BRASIL, 1989).

Em 2000, duas Portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social, SEAS-

MPAS 2854 e 2874 reiteram a família como referência de atendimento ao idoso, mas já passam a diferenciar modalidades de atendimento em instituição, de acordo com o grau de dependência do idoso, estabelecendo valores de referência a serem repassados pela união como apoio ao financiamento dos serviços prestados. O repasse de recursos é maior, quanto maior o grau de dependência do idoso, declarado pela instituição (BRASIL, 2001).

Em 2001 surgiu a portaria 73/2001 do Ministério de Previdência e Assistência Social, com maior rigor a fim de promover um funcionamento, administração, organização física e gerencial mais efetiva dessas instituições.

Ambas as portarias citadas 810/1989 e 73/2001 definem como atendimento integral institucional, comparando-se aquele prestado em instituições acolhedoras conhecidas como: abrigo, asilo, lar e casa de repouso, para idosos em situação de abandono, sem família ou impossibilitados de conviver com suas famílias. É dever das instituições empreender esforços para reconstruir os vínculos familiares que possibilitem o retorno do idoso à sua família. Essas portarias, ratificando as definições da Política Nacional do Idoso, preveem outras modalidades de residência e atendimento de idosos, além do atendimento integral institucional: casa-lar e república; atendimento em centro-dia e centro de convivência (BRASIL, 1989, 2001).

Em 2001, a já mencionada Portaria SEAS/MPAS nº 073, do Ministério da Previdência e Assistência Social, estabelece as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Além de definir novas modalidades de atendimento integral institucional ao idoso, os estabelecimentos são divididos em três modalidades (I, II ou III), de acordo com o grau de dependência e autonomia do idoso que é atendido e a especialização exigida para seu atendimento. Determina-se ainda o quadro de pessoal, de acordo com a modalidade de assistência, prevendo proporção maior de cuidadores e profissionais quanto maior o grau de dependência do idoso (BRASIL, 2001). E também nesta Portaria SEAS/MPAS nº 073, do Ministério da Previdência e Assistência Social, fica claro que:

o atendimento integral institucional é aquele prestado em instituição asilar a idosos sem família, vulneráveis, oferecendo-lhes serviços na área social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Trata-se de estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não e que dispõe de recursos humanos para atender as necessidades de cuidados (BRASIL, 2009, p.71).

A portaria se refere ainda a outras denominações como asilo, abrigo, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato.

A dependência é a condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de

equipamentos especiais para a realização de atividades do cotidiano. Equipamento de autoajuda é qualquer aparelhamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada. Com base na definição de dependência, estabelecem-se três graus de dependência do idoso:

grau de dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; grau de dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; grau de dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo. Já o idoso autônomo é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida (BRASIL, 2005).

De acordo com estas categorias de dependência estabelecem-se as exigências para as ILPIs, em relação a espaço físico, adaptação da infraestrutura e disponibilidade de profissionais (SES, 2009).

Em 26 de setembro de 2005, a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária reformula uma nova nomenclatura para às antigas denominações asilares - ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), com vigência prevista a partir de setembro de 2007, para que as instituições tivessem tempo de se adaptar às requisições (BRASIL, 2005).

A definição de ILPI da ANVISA (2005) inclui instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania. A RDC estabelece regras de funcionamento, organização física, sanitária e de recursos humanos, segundo o grau de dependência do idoso, definida de acordo com a legislação de 2001, do então Ministério da Previdência e Assistência Social (Portaria MPAS/73). Reafirmando os princípios estabelecidos pelo Estatuto do Idoso, a RDC exige que a instituição tenha alvará sanitário, comprove inscrição no Programa Nacional do Idoso, que seja legalmente constituída, que tenha estatuto registrado, registro de entidade social e regimento interno, e que tenha um responsável técnico de nível superior (BRASIL, 2005).

Na literatura estrangeira é comum encontrar-se denominações diferentes para a ILPI de idosos dependentes e para os independentes, pois aí as instituições são diferenciadas. Nos países de língua inglesa, ainda se utiliza a expressão *nursing homes*, originária dos Estados Unidos da América, na década de 1950, para designar as residências para idosos dependentes, diferenciando-as de *home for the aged ou old people's home*, para os independentes. Em

alemão, *Altenpflegeheim* (lar para idosos dependentes) e *Altenheim* (para independentes), e em japonês *tokubetsu yogo rojinhomu* (lar para idosos dependentes) e *yogo rojinhomu* (lar para idosos independentes) (BORN; BOECHAT, 2006). No Brasil, não há esta diferenciação nem idiomática nem de especialização das instituições, embora a já citada RDC 283/2005 reconheça três modalidades de ILPIs, segundo o grau de dependência da população a que se destina: dependentes, semidependentes ou independentes.

A crescente proporção de idosos com incapacidades e fragilizados, famílias pequenas, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas, dentre outras justificativas, são considerados fatores de risco para a institucionalização. A proporção de idosos em instituições de longa permanência nos países em transição demográfica avançada chega a 11%, no Brasil não chega a 1,5%. A tendência é o aumento da demanda por ILPIs, embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso. Ainda que imbuídos dessa percepção, há um consenso de que, em muitos momentos, a ILPI se torna uma alternativa importante, devendo assegurar tranquilidade, tanto dos idosos como de suas famílias (CREUTZBERG et. al., 2007).

Apesar de todas as iniciativas e esforços de manter o idoso o maior tempo possível em seu próprio domicílio, observa-se que as novas alternativas de cuidados prolongados ou permanentes nas famílias e comunidades não substituem em certas situações as ILPIs. Embora a modalidade de cuidados institucionais não seja predominante, na grande maioria dos países, o número de residentes não é desprezível: na França, em 1998, 500.000 dos 12 milhões de idosos residiam em ILPIs, o que representava 4,1% da população idosa. A Noruega é o país da OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico) com a maior percentagem de idosos sendo cuidados em ILPIs: 11,8%, enquanto a taxa de cuidados formais domiciliares era de 15,6%. Na Dinamarca é o país da OCDE com a maior taxa de cuidados formais residenciais para idosos (21,0%), a percentagem de idosos residentes em ILPIs era de 9,1%, em 2000. Os países desenvolvidos, retratam que cerca de 12% dos idosos vivem em ILPIs e que a proporção de idosos cuidados em instituição é sempre menor que os cuidados em seus domicílios, com exceção do Reino Unido, onde as proporções são semelhantes (PASINATO; KRONIS, 2009).

Apesar da baixa proporção de idosos residentes em ILPIs no Brasil, o número dessas instituições tem aumentado a partir da década de 1990, conforme os dados da Pesquisa IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) sobre Condições de Funcionamento e Infraestrutura nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. Esta inferência é feita usando os dados de ano de fundação das instituições, variável coletada pela Pesquisa. Nas

regiões onde os dados foram consolidados, 48,1% das ILPIs existentes foram criadas a partir de 1990 (CAMARANO, 2007).

A residência em ILPIs não é prática comum nos países do Hemisfério Sul e particularmente no Brasil. Resultando de visão preconceituosa que costuma associar esse acolhimento a local de exclusão, dominação e isolamento. A diminuição da taxa de fecundidade, a maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a ausência de serviços assistenciais em número suficiente para idosos com incapacidades, direcionaram as pessoas idosas a que necessitem da institucionalização, que poderá passar de uma opção a uma necessidade. Torna-se cada vez mais necessário que o Estado e o próprio mercado ampliem seu leque de atuação, no que se refere aos cuidados de longa duração, à medida que as famílias tornam-se cada vez menos disponíveis para desempenhar o papel de “cuidadores” de seus membros mais dependentes (LEBRÃO et.al., 2008).

Inexiste fonte precisa do número de pessoas vivendo em instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Segundo Camarano (2007), coordenadora de uma pesquisa nacional sobre ILPIs, aproximação desse dado pode ser obtida, por meio do Censo, do número de idosos residentes em domicílios coletivos, ou seja, acerca de 103 mil pessoas ou o equivalente a 0,78% da população (LEBRÃO et.al., 2008).

Alguns motivos são descritos para institucionalização dos idosos: baixas condições financeiras, relações familiares conflituosas, atividades de lazer limitadas ou ausentes (LEBRÃO et. al., 2008). A falta de opção ou escolha de terceiros (39,7%); ausência de cuidador no caso ao idoso dependente (17,5%); incapacidade ou falta de desejo da família em assisti-lo (15,9%); necessidade de cuidados intensivos, permanência do idoso a maior parte do tempo sozinho em casa, conflitos familiares causados por sua presença e incapacidade para se autocuidar, tranquilidade e proximidade a pessoas da mesma idade (14,3%). Entre os que não aceitam morar numa ILPI as principais razões são: em não acreditar que estas oferecem tratamento adequado (27,6%) e que a família é responsável pelas pessoas mais velhas (17,2%) (NERI, 2007).

A ILPI pode assumir o papel de nova família e para o idoso é a única, assumindo também a manutenção de laços afetivos. A vida que as pessoas idosas têm na ILPI não é igual, vivenciada na família, porém, dependendo de como as funções são desempenhadas, pode ser igualmente significativa para elas. Na ILPI, os vínculos podem surgir e serem fortalecidos (SILVA; SANTOS, 2010).

Os idosos institucionalizados podem ter maior probabilidade de sofrer quedas do que os outros, pela ausência de atividade física suficiente. Essa situação pode acarretar

consequências na diminuição da força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física do residente. Outra ocorrência bem verificada nas ILPIs é o envelhecimento, associado à doença de Parkinson, Alzheimer e outras, as quais dificultam suas atividades do cotidiano como: tomar banho, locomover-se e comunicar-se. A incapacidade de realizar tarefas pode ter correlação com o índice de quedas, sendo importante verificar esse tema para facilitar a identificação dos idosos institucionalizados mais propensos a sofrer quedas e que necessitam de maior atenção, vigilância (REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007).

A mobilidade das pessoas idosas é sempre uma questão controversa na Gerontologia. Prevalece à tendência a se considerar que a mudança de casa possa ser prejudicial para as pessoas idosas, dado o significado de sua residência de origem em termos de história de vida. Adicionalmente, as mudanças geralmente estão associadas à maior ocorrência de quedas nessa população, pela falta de familiaridade com o ambiente (LEBRÃO et. al., 2008).

As quedas nos idosos institucionalizados são preocupações dos enfermeiros que atuam nesses serviços. Torna-se imprescindível conhecer o perfil dos idosos institucionalizados para o estabelecimento de ações específicas de prevenção de quedas a fim de mantê-los aptos e coadjuvantes no processo de promoção e bem-estar de sua vida, para adaptar/ajustar a realidade à prática dos conceitos de promoção da saúde, dentro do ambiente da instituição (VALCARENGHI, 2009).

## **2.2 Quedas em idosos**

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, presença de doenças e ambiente inadequado parece predispor a quedas (RIBEIRO et.al., 2008).

A questão ambiental envolve uma complexidade de relações que se estendem sobre a totalidade da vida social e a forma de como pensar essa totalidade. Tal percepção da realidade pressupõe uma inter-relação e uma interdependência essencial de todos os fenômenos, sendo eles físicos, biológicos, psicológicos, sociais e/ou culturais o que, por sua vez, inclui primordialmente a saúde (SENA et.al., 2010).

Identificar a relação saúde/ambiente e intervir na mesma implica um saber ambiental, no qual o conceito de ambiente seja visualizado como um objeto complexo, integrador de diversos espaços, e cujas causas e objetivos não podem ser absorvidos num modelo global, por mais complexo e aberto que pretenda ser. O saber ambiental é concebido como processo em construção, por envolver aspectos institucionais e pressupõe a integração inter e

transdisciplinar do conhecimento, para explicar o comportamento de sistemas socioambientais complexos. Assim, o entendimento da saúde socioambiental, como campo estruturado de práticas sociais, implica questionar as políticas de desenvolvimento para mudanças efetivas na saúde, a partir de práticas ambientais adequadas à sustentabilidade e à complementação às relações sociais, buscando uma convivência harmônica (SENA et.al., 2010).

O enfermeiro, como agente produtor de saúde, tendo como instrumento o saber ambiental visualiza o ser humano idoso como sujeito socioambiental que interage e ao mesmo tempo, sofre com as adversidades do ambiente. Trabalhar a saúde do idoso requer práticas sociais que busquem a prevenção, principalmente, quanto a quedas (SENA et.al., 2010).

As quedas são importante causa de mortalidade, morbidade e incapacitações entre os idosos. A real magnitude do problema é desconhecido no Brasil. Nos Estados Unidos estima-se que a cada 18 segundos um idoso com 65 anos ou mais é atendido por lesão decorrente de queda num serviço de emergência. Mesmo quando provocam lesões menores, elas podem afetar a vida dos idosos podendo levar ao medo de cair com conseqüente restrição de atividades, mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão. Em relação às lesões determinadas pelas quedas, cerca de 70%, são fraturas, especialmente as do fêmur. As mulheres sofrem o dobro de fraturas de fêmur que o homem, a osteoporose é considerada fator de risco para fraturas e maior incidência entre as mulheres (MACHADO et. al., 2009).

As quedas podem ocorrer em função de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos. Nos fatores intrínsecos incluem-se as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como danos visuais e auditivos, obesidade, arritmia, modificações na função neuromuscular, marcha, equilíbrio e, dos reflexos posturais. Nos fatores extrínsecos, o ambiente é considerado o principal fator e o uso incorreto de instrumentos auxiliares para deambulação também são considerados agentes causadores de quedas. Em função das alterações citadas, a ocorrência é frequente em pessoas idosas, podendo levar a uma série de prejuízos que resultam em graves complicações que irão afetar a qualidade de vida do idoso (MAIA et.al., 2011).

A queda pode ser classificada a partir da frequência com que ocorre e o tipo de consequência advinda. A queda acidental é evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de causa extrínseca ao idoso, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso; a queda recorrente expressa à presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, distúrbios do equilíbrio corporal dentre outros. Pode também ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões; as quedas com lesões graves são aquelas em que ocorrem fraturas, traumatismo crânio-encefálico e outro; são considerados lesões

leves abrasões, cortes, escoriações e hematomas. Outra classificação leva em conta o tempo de permanência no chão. Queda prolongada é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda (CARLOS; HAMANO; TRAVENSOL, 2009).

A ocorrência de quedas é uma das principais preocupações de saúde enfrentadas pela população idosa institucionalizada. Vários fatores estão envolvidos neste evento: problemas na mobilidade física, capacidades funcionais, visuais e cognitivas. Essas alterações podem ser decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento e estão mais acentuadas quando somadas às complicações decorrentes de DCNT (COSTA, 2010).

As ILPIs necessitam ter infraestrutura física, material e de pessoal adequada para atender as necessidades dos idosos e reduzir os riscos de quedas. O que inclui a eliminação de barreiras de qualquer natureza, o oferecimento de dispositivos acessíveis para o idoso, além de uma disponibilidade físico-geográfica que viabilize a individualidade e mantenha a segurança. Pisos sem uniformidade e sem materiais antiderrapantes, móveis e utensílios decorativos em localizações que possam interferir na deambulação dos residentes; falta de sinalização para designar rampas, elevadores ou escadas; falta de corrimãos para auxiliar na mobilidade; iluminações inadequadas; falta de campainhas para facilitar a sinalização de solicitação de ajuda ao cuidador ou à equipe de enfermagem; banheiros sem portas adaptáveis a cadeirantes e que fazem uso de bengalas, andadores; tapetes soltos são fatores que podem desencadear quedas (FELICIANI et. al., 2011).

Na prevenção de quedas é essencial avaliar o ambiente onde o idoso reside, que deve ser local seguro, funcional, confortável e compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento. O reduto doméstico do idoso requer: boa ventilação; temperatura ambiente agradável, em torno de 24°C; iluminação que possibilite a ampliação da visibilidade, sendo, o mais adequado, a instalação de várias fontes de luz fluorescentes; na medida do possível, livre de ruídos do tráfego, do motor de aparelhos, do vazamento de torneiras, ou de outros sons estressores e desagradáveis; mobiliário acolhedor, confortável e funcional, com cadeiras firmes, de apoio para os braços e adequada sustentação, estofamento baixo e altura que permita o repouso dos pés sobre o chão (FREITAS et. al., 2011).

Outras orientações necessárias são: colocação de pisos antiderrapantes; manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias, como ceras; evitar os desníveis de pisos; preferir rampas ao invés de escadas; evitar tapetes; organizar os móveis para a passagem livre dos idosos. Importante, ainda, estimular a deambulação, mesmo que o idoso necessite de andadores, bengalas e dispositivos auxiliares (FREITAS et. al., 2011).

A influência das cores na vida das pessoas idosas é muito significativa. Desta forma, quartos de dormir nas cores verdes ou azuis podem ser adequados, pois são tonalidades relaxantes e que proporcionam bem estar. Áreas de alimentação e de atividades em cor laranja ou vermelha são interessantes, porque são cores estimulantes, inclusive do apetite. Os locais de recepção tornam-se mais aconchegantes se usadas as colorações cinza ou bege (FREITAS et. al., 2011).

As orientações direcionadas a um domicílio seguro vão contribuir para a prevenção de quedas e de ocorrência de fratura. Ao ressaltar o ambiente seguro, trabalha-se com a ambiência, pois o conceito de ambiência segue três eixos: espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, entre outros, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; espaço que possibilita a produção de subjetividades, encontro de sujeitos, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo à otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar juntos na composição de uma ambiência (FREITAS et. al., 2011).

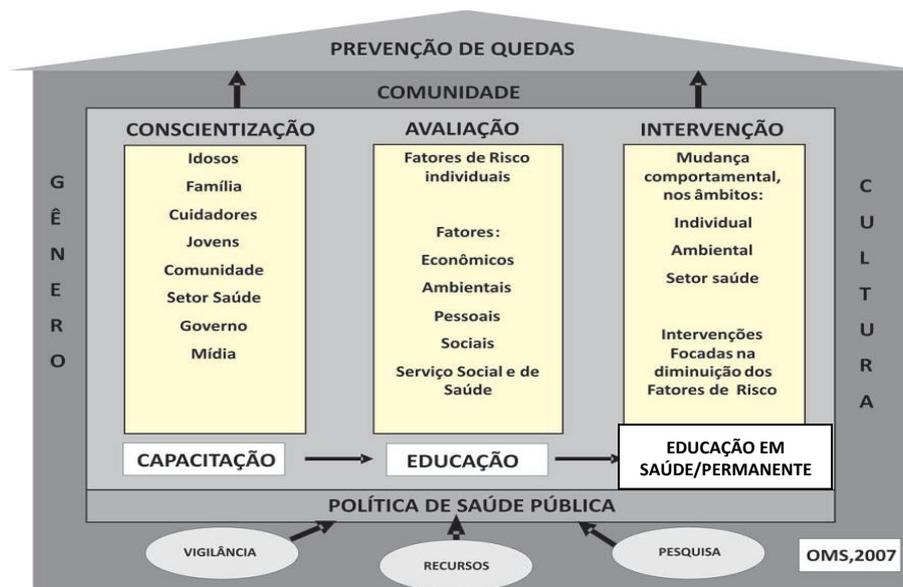
Torna-se necessário também verificar alguns itens relacionados à postura corporal do idoso, principalmente para adequar à distribuição de móveis e utensílios: prateleiras e armários devem estar ao alcance do idoso; ao se abaixar, orientar o idoso a dobrar os joelhos de forma que a coluna se mantenha ereta, ou então sentar-se em um banquinho, para realizar atividades próximas ao chão; varais de roupa devem ser alcançáveis; utilizar carrinho para empurrar um peso; ao carregar pesos distribuí-los em sacolas, em ambos os braços, evitando que haja sobrecarga em um dos lados da coluna; ao varrer, é indicado que a vassoura esteja à frente, evitando torcer a coluna; evitar a postura encurvada ao realizar as atividades domésticas (FREITAS et. al., 2011).

A segurança dos idosos deve ser motivo de preocupação para a sociedade, pois, para essas pessoas, as quedas podem ter repercussões desastrosas, pois os idosos com traumas têm perda da autonomia e aumento da dependência, refletindo em acréscimo de trabalho e estresse para o cuidador e familiares. Para se prevenirem esses acontecimentos, cuidadores e familiares devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando o ambiente em que o idoso vive e observando alguns itens de segurança, como o uso de calçados adequados, tapetes antiderrapantes e disposição da mobília em casa (MACHADO et. al., 2009).

A prevenção da queda é de importância ímpar pelo seu potencial de diminuir a morbidade e a mortalidade, os custos hospitalares e a institucionalização do idoso. Os programas de prevenção têm a vantagem de melhorar a saúde como um todo, bem como a vida, sendo a prática especialmente importante para a faixa etária mais idosa (BUKSMAN et. al., 2008).

Prevenir e lidar com as consequências das quedas em pessoas idosas é desafio a ser enfrentado, tendo em vista o crescente número de pessoas que alcançam idades avançadas. O alto custo relacionado às fraturas de quadril e às possíveis limitações da funcionalidade desencadeadas a partir de uma queda impõe o desenvolvimento de uma política pública de saúde voltada a prevenção de quedas e fraturas. A prevenção de quedas é mais custo efetiva do que pagar os custos relacionados ao atendimento de emergência, à hospitalização, à intervenção cirúrgica e ao tratamento das intercorrências decorrentes das lesões por quedas. Muitos idosos não retornam ao seu nível de funcionalidade após uma fratura de quadril, gerando custos ainda mais substanciais relacionados à institucionalização e ao aumento de cuidados formais (PERRACINI, 2009).

A figura abaixo descreve um modelo que pode favorecer uma compreensão a respeito da forma que pode ser aplicada as atividades preventivas aos idosos com risco de quedas.



**FIGURA 1.** Modelo de Prevenção de Quedas Proposto pela Organização Mundial de Saúde Modificado (OMS, 2007).

Para explicitação desse modelo, são apresentados os pilares quanto à prevenção de quedas. O primeiro pilar, aquele relacionado à conscientização, deve ter como escopo primordial o reconhecimento por parte dos idosos, da família e da comunidade de que cair é

um sinal de alerta para que mudanças sejam implementadas, tanto em nível individual quanto coletivo (SES, 2009).

Sob o aspecto individual, as mudanças comportamentais se destacam, pois a atitude frente à percepção de autoeficácia nas atividades do cotidiano pode funcionar tanto de forma protetora quanto como um fator predisponente a quedas. Torna-se desejável que a pessoa idosa se torne cautelosa ou mais prudente em situações mais desafiadoras, como andar em lugares mais movimentados ou em pisos escorregadios ou desnivelados, a despeito da sua competência física. Atitudes de risco como subir em banquinhos, andar com sapatos inadequados, não acender a luz ao entrar nos cômodos e automedicar-se aumentam o risco de cair (SES, 2009).

O segundo pilar trata da identificação do risco de cair. A primeira medida é separar os idosos com história de queda no último ano daqueles que não caíram. Denominam-se idosos caidores e não caidores. É fundamental definir o próprio evento de queda. A falta de definição e a clareza quanto o que é de fato considerado uma queda, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto dos próprios idosos e cuidadores faz em que muitas quedas não sejam relatadas (ZECEVIC, 2006).

Há várias definições, mas dentre estas a mais utilizada é a proposta pela *Kellog International Work Group on the Prevention of Falls in the Elderly* (1987), na qual a queda é considerada uma mudança de posição inesperada, não intencional que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior, por exemplo, sobre o mobiliário ou no chão. Este evento não é consequência de uma paralisia súbita, ataque epilético ou força externa extrema (SES, 2009).

Os idosos caidores podem ser divididos de acordo com a frequência com que as quedas ocorrem. Os caidores únicos são aqueles que sofrem em geral uma queda acidental, ou seja, é um evento isolado que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de causa extrínseca, em geral pela presença de um fator de risco ambiental, como piso escorregadio, degrau sem sinalização ou devido a atitudes de risco como, por exemplo, subir em banquinhos. Por outro lado, os caidores recorrentes são aqueles que caíram duas ou mais vezes no último ano e a queda expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como DCNTs, polifarmácia, distúrbios do equilíbrio corporal, *déficits* sensoriais, dentre outros (CARLOS; HAMANO; TRAVENSOL, 2009).

Quanto à intervenção há aumento significativo do risco de queda com o aumento do número de fatores de risco individuais presentes. O levantamento de fatores que possam ser modificados por meio de intervenções específicas é essencial tanto na prevenção de futuros

episódios, como também no manejo do processo de reabilitação. Um *screening* ou o questionário de risco para quedas é instrumento eficaz na identificação de idosos com maior chance de sofrerem evento no futuro. Deve ser realizado em todos os ambientes em que idosos são admitidos sejam eles: hospitais, assistência domiciliar, centro de reabilitação, instituições de longa e curta permanência e em unidades de acompanhamento ambulatorial (SES, 2009).

Em relação à capacitação, educação e educação em saúde/educação permanente, dentre as propostas dos pilares demonstrados pela OMS está à interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação popular, territorialidade, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização (SES, 2009).

As ações das redes de atenção primária aos idosos são insuficientes para atender às demandas existentes, contribuindo para o aumento da procura por serviços secundários e terciários, em que se encontram idosos com várias comorbidades e limitados na capacidade funcional. Há conseqüente aumento de procedimentos diagnósticos e de tratamento, bem como de internações, aumento do tempo de hospitalização e complicações. Fato este que dificulta o que se preconiza para o envelhecimento, que é envelhecer de forma mais ativa e autônoma (SES, 2009).

### **3.3 Cuidado de Enfermagem - Processo de Enfermagem**

O processo de Enfermagem (PE) segundo a Resolução do COFEN nº358/2009 é uma maneira que o profissional tem de divulgar o cuidado de enfermagem de forma efetiva, buscando melhor assistência para o idoso residente numa ILPI. Dessa forma, a equipe de enfermagem constrói direção para a realização da admissão do idoso através do histórico de enfermagem e posteriormente, realiza o acompanhamento desses idosos, adaptando o processo em suas fases. A aplicabilidade do PE torna-se uma das atividades primordiais na enfermagem gerontogeriatrica (SANTOS; PELZER; BARROS, 2010).

O cuidado na enfermagem significa solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar é colocar-se no lugar do outro, em situações diversas, na dimensão pessoal, ou social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida das pessoas e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, promoção e recuperação da saúde e a própria morte. Compreender o valor que o cuidado tem na enfermagem vislumbra uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade (SOUZA; SARTOR, 2005).

O cuidado que o enfermeiro desenvolve em suas atividades junto ao idoso, consiste em olhar essa pessoa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e por sua família. Essa concepção de cuidar prevê a interação das várias dimensões do viver do idoso, para promover uma vida saudável, através da utilização de suas capacidades e condições de saúde, visando o seu contínuo desenvolvimento pessoal (GONÇALVES; ALVAREZ, 2011).

Na prática com idosos o enfermeiro deve identificar os fatores que influenciam na mobilidade, sejam físicos, psicológicos, sócio-culturais ou ambientais, a fim de que possam realizar as atividades sem riscos de sofrerem lesões por quedas. Prevenção de quedas é uma situação que envolve cuidadores, familiares e profissionais de saúde. Risco para quedas representa um diagnóstico de enfermagem, isto é, uma situação que demanda ações de enfermagem. A partir da identificação da clientela sujeita aos riscos de quedas, o enfermeiro deve implementar ações visando a diminuição ou mesmo a supressão da ocorrência do fenômeno (MACHADO et. al., 2009). Como já especificado, essa ação pode ser desenvolvida por meio do processo de enfermagem.

O PE, segundo a resolução COFEN nº358/2009, apresenta cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: a coleta de dados (Histórico de Enfermagem), os Diagnósticos de Enfermagem (DEs), o Planejamento de Enfermagem, a Implementação, a Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Avaliar a susceptibilidade para a ocorrência de queda nos idosos é ação viável e adequada por se acreditar que o PE representa o foco do cuidado de enfermagem. Como uma das etapas do PE encontra-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem (DE).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem, por meio da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), tem sua origem na enfermagem norteamericana e foi traduzida para uso no Brasil em 1994. Consiste num sistema de classificação para DE e tem sido utilizada no contexto de vários serviços de saúde no Brasil. No entanto, a sua aplicação é incipiente no cuidado de enfermagem em alguns contextos e grupos, a exemplo do cuidado aos idosos em ILPIs (GUEDES et. al., 2009).

O levantamento do DE é a fase em que se estabelecem as necessidades de cuidados e auxilia o enfermeiro a definir prioridades de ações, selecionando as ações para atingir resultados esperados, facilita os registros de enfermagem e a comunicação entre os enfermeiros. Segundo a *North American Nursing Association* (NANDA) o DE definido como:

um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade em relação a problemas de saúde reais ou

potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar, numa estrutura designada, resultado nos quais a enfermagem é necessária (NANDA, 2010, p.864).

O DE denota uma ação de interpretação e agrupamento de dados, que culmina na tomada de decisão, na escolha de um tratamento mais eficaz que enfoque a pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde-doença. Os DEs constituem a base para a seleção das ações com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

Para identificar um DE realiza-se o levantamento de dados ou obtenção da história de indivíduos, famílias ou comunidades. As características passíveis de observação e de verificação obtidas são denominadas características definidoras e terão fatores relacionados que apresentam alguma relação padronizada com os DEs. O enunciado do diagnóstico de enfermagem transmite combinação das características definidoras e fatores relacionados e deve se adaptar aos dados coletados (NANDA, 2010).

Cada DE possui descrição clara/precisa de seu significado. Eles variam de acordo com o tipo de resposta do indivíduo, família e comunidade, como: diagnósticos reais ou atuais, descrevem respostas humanas às condições de saúde/processos vitais existentes em um indivíduo, família ou comunidade, sendo sustentados pelas características definidoras que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionadas; diagnóstico de risco, descrevem as respostas humanas às condições de saúde/processos vitais passíveis de se desenvolverem em indivíduo, família e comunidade vulnerável; diagnóstico de promoção da saúde é um julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família e comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana; diagnóstico de bem-estar: descrevem as respostas humanas em níveis de bem-estar, em um indivíduo, família e comunidade com disposição para melhorar; síndromes, conjuntos de sinais e sintomas, que quase sempre ocorrem juntos, unidos eles representam um quadro clínico distinto (NANDA, 2010).

Os DEs precisos e válidos orientam a escolha de ações, que irão tratar as características definidoras ou os fatores relacionados, com possibilidades de produzir os efeitos de tratamento desejados (NANDA, 2010).

O PE é o método utilizado para organizar o cuidado de enfermagem no Brasil. Torna-se imprescindível que os enfermeiros que atuem na Enfermagem Gerontogeriátrica conheçam e apliquem os conhecimentos, provenientes da enfermagem geral, Geriatria e Gerontologia.

Cuidando a pessoa idosa em todos os níveis de prevenção, ou seja, desde a promoção da saúde até a reabilitação (SANTOS, 2008).

A Resolução COFEN 358/2009 estabelece que o PE deva ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos, privados ou filantrópicos, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem (LEITE; LOPES, 2010), por uma equipe específica.

A presença do enfermeiro em ILPIs é obrigatória, refletindo diretamente na melhoria do cuidado ao idoso. O enfermeiro gerontológico oferece um cuidado de enfermagem que combina o PE com o conhecimento especializado sobre o envelhecimento (GUEDES et. al., 2009).

O significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática. Assim, podem ser identificadas gerações distintas do PE, cada uma delas influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhe são contemporâneos (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No planejamento do PE existe a *Nursing Interventions Classification* (NIC) que foi construída por pesquisadores da Universidade de Iowa, lançada em 1992 e está na sua quinta edição. A primeira edição apresentou 336 intervenções e a quarta 514 com mais de 12.000 ações/atividades. Atualmente, possui sete domínios e 30 classes. Desde a terceira edição, as intervenções essenciais das áreas de especialidade, têm sido apresentadas num total de 43 especialidades. O tempo para execução destas intervenções, bem como, seus níveis de formação para administração, de forma segura, também está descrito (BARROS, 2009).

Segundo a NIC a intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (BARROS, 2009).

A realização de estudos e a utilização das classificações no cotidiano, além de possibilitar a constatação das ações de enfermagem dando, portanto, visibilidade à profissão, conferirá a cientificidade tão almejada e necessária às profissões. E, desta forma, sua utilização no ensino, no cuidado e na pesquisa continua sendo um compromisso assumido pelas enfermeiras, refletindo a qualidade e a responsabilidade profissional (BARROS, 2009).

Incluir o PE no processo de trabalho do enfermeiro é uma forma de pensar a prática da enfermagem. Envolve três áreas interrelacionadas da cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e o julgamento ético. Apesar de tratar-se de um método científico, pois as dimensões do pensar, do sentir e do agir

articulam-se no PE de modo indissociável, não é possível aplicá-lo de uma forma totalmente objetiva, pois tanto quem a emprega quanto quem recebe os cuidados nela contemplados são seres humanos carregados de subjetividades (LOPES et. al., 2007).

O PE possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento e o aprimoramento do cuidado, pois gera ações de enfermagem que tornam possível um cuidar específico. Assim, faz-se necessário o seu emprego, para que o cuidado de enfermagem dentro de uma ILPI seja um cuidado integral (LOPES et. al., 2007). Na literatura, o PE costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática da Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Não importa o ambiente onde o cuidado ocorre, analisar a sua eficácia, efetividade e eficiência, possibilitará a tomada de decisões locais, nacionais e internacionais, a respeito da saúde da população e da sua qualidade de vida (BARROS, 2009). O enfermeiro ao focar o idoso institucionalizado sob essa concepção desempenha o caráter multidimensional, presta cuidado com vistas à promoção em saúde, à recuperação e à reabilitação; face aos distúrbios funcionais nos órgãos e sistemas dos corpos etérico-físico, emocional, mental, pensante e espiritual do idoso, família e comunidade (MACHADO; SCRAMIN, 2005). Tendo como foco inicial deste cuidado a avaliação da funcionalidade, que pode ser realizada por meio de modelos diversos, entre eles a CIF.

### **3.4 Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**

A OMS publicou em 1976 a Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (CIDID) ou *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH). Essa modalidade apresentava uma sequência linear: doença – deficiência – incapacidade – desvantagem. Demonstrava fragilidades conceituais, não proporcionava relação entre as dimensões, não abordava os aspectos sociais e ambientais. Uma das críticas feitas à CIDID refere-se ao fato de que as classificações estavam alinhadas com as sequelas das doenças, elas descreviam os aspectos negativos das condições de saúde. O modelo causal de progressão linear das disfunções para as incapacidades e as restrições sociais apresentava problemas para classificar os diversos aspectos da funcionalidade. A CIDID representou mais uma classificação de pessoas com incapacidade do que uma classificação neutra da funcionalidade humana (DINIZ et.al., 2007).

Em 2000, após diversas revisões, a CIDID-2 ou ICIDH-2 foi aprovada. A nova versão englobando o chamado modelo biopsicossocial, uma síntese das abordagens médica e social ao processo de incapacidade. Cada dimensão desse processo conceitualizada como uma interação dinâmica entre os fatores intrínsecos ao indivíduo e o ambiente físico e social. As

três dimensões descritas na CIDID foram definidas como: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação. Esses domínios apresentavam a mesma significância e eram independentes uns dos outros no processo de incapacidade. Por exemplo, uma pessoa que apresenta uma disfunção não necessariamente terá limitações de atividade ou restrições na participação social, assim como uma pessoa pode vivenciar limitações de atividade e restrição na participação sem apresentar nenhuma disfunção (DINIZ et. al., 2007).

Em 2001, após extensa revisão, a OMS aprovou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a CIF, participando 200 países no evento, traduzida para o idioma português em 2003. O novo título reflete a mudança de abordagem baseada nas consequências das doenças para priorizar a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. Na versão final, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade. Incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade (DEPOLITO et. al., 2009).

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou populações. Por exemplo, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

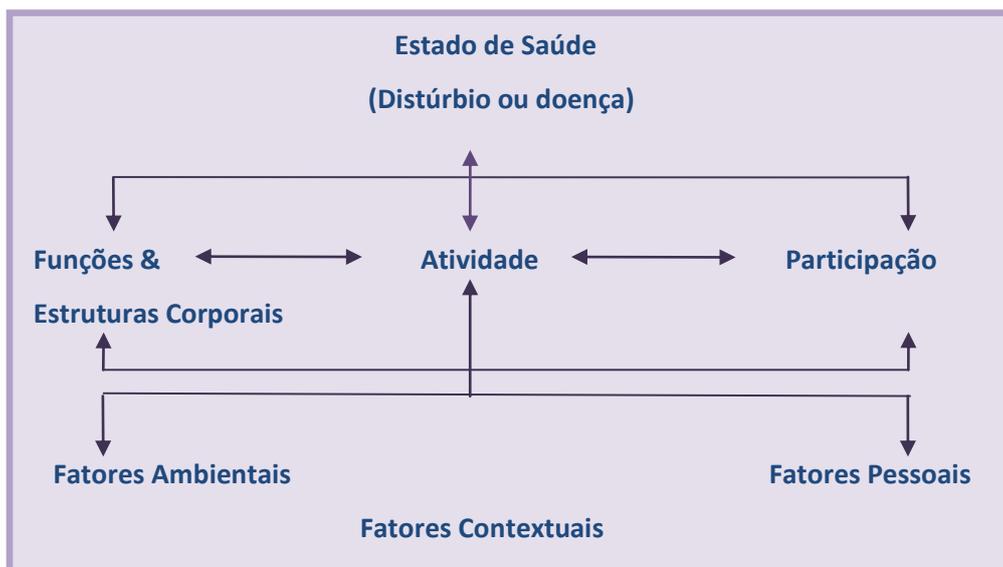
A CIF classifica a saúde e os estados relacionados com a saúde. A unidade de classificação corresponde às categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados com a saúde. Nesta classificação, as pessoas não são as unidades de classificação, a CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde (FUNCHAL, 2010).

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, a OMS, adota o termo funcionalidade como modelo que avalia os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na

participação social, dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (FUNCHAL, 2010).

O modelo facilita a comunicação entre os profissionais e propicia integralidade na assistência. A CIF se mostrou aplicável à compreensão da situação institucional no decorrer do tempo. Recomenda-se que seja utilizada em outros estudos como norteadora da relação multidimensional entre os eventos, unificando a linguagem e facilitando a interpretação de relações de determinação mais complexa (DEPOLITO et. al., 2009).

A figura a seguir demonstra o que CIF engloba no seu processo de observação (OMS, 2004).



**FIGURA 2** - Interações entre os componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS), 2003.

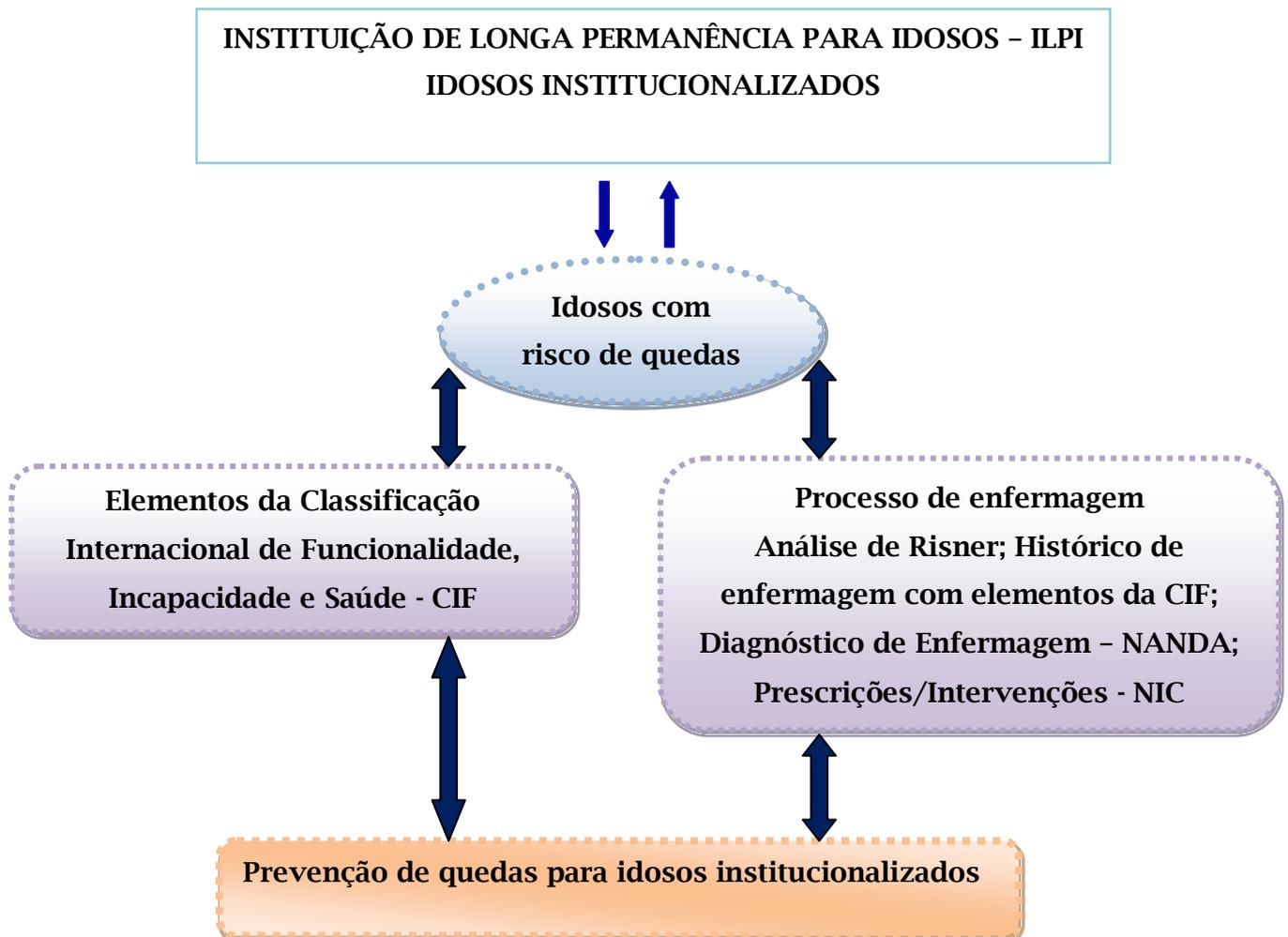
A incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde, tendo em vista que se trata da incorporação de nova tecnologia, deve ser ainda amplamente explorada em relação à aceitabilidade e validade em diferentes áreas; o impacto nos cuidados de saúde; potencial em medir o estado funcional dos pacientes e o uso pelos sistemas de informação para elaboração de estatísticas de saúde. Outro campo diz respeito às legislações pertinentes e à implementação de políticas públicas para as pessoas com deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF é instrumento complexo que está sendo testado e que requer novos estudos e pesquisas de seu processo constitutivo. Sua utilização na enfermagem necessita de uma adaptação e compreensão quanto aos elementos essenciais e a dimensão social e alusões do ensino, pesquisa e cuidado. Verifica-se que a CIF possibilita visão detalhada, crítica, objetiva

e contextual, de fácil apreensão por todos os membros de uma equipe que presta cuidado da saúde do idoso (HEINEN, 2005); (PRYOR, 2004).

Em relação aos profissionais de enfermagem que compõem a equipe de cuidado ao idoso institucionalizado, torna-se premente investir na capacitação para que suas ações enquadrem a abordagem que a CIF preconiza em relação à funcionalidade, autonomia e prevenção de agravos. Esta equipe é que atua e faz intermediação desse idoso institucionalizado com o ambiente. Ela presencia as mudanças decorrentes do envelhecimento, visualiza as dificuldades e os riscos que os fatores ambientais podem desencadear no idoso. O enfermeiro precisa ser atuante no que se refere à educação e preparação da equipe e do cuidador que auxilia nesse atendimento.

### 3.5 Modelo Teórico do Estudo



O modelo teórico do estudo representa o caminho teórico que foi percorrido durante esta pesquisa. Traz primeiramente as reflexões temáticas ligadas à Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No centro do diagrama, compondo parte de cada plano descrito, encontram-se os idosos com riscos de quedas. Ao redor e de maneira sobreposta, está a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que serviu como método de coleta de dados facilitador à Enfermagem Gerontogerátrica para a compreensão, atendimento dos idosos institucionalizados que apresentassem vulnerabilidade de quedas e o Processo de Enfermagem (PE) que englobou: a elaboração e aplicação de Histórico de Enfermagem, identificação do DEs a partir da NANDA e elaboração de intervenções de enfermagem, voltado à prevenção de quedas em idosos institucionalizados. Resultante deste entrelaçamento está o cuidado de enfermagem a esses idosos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

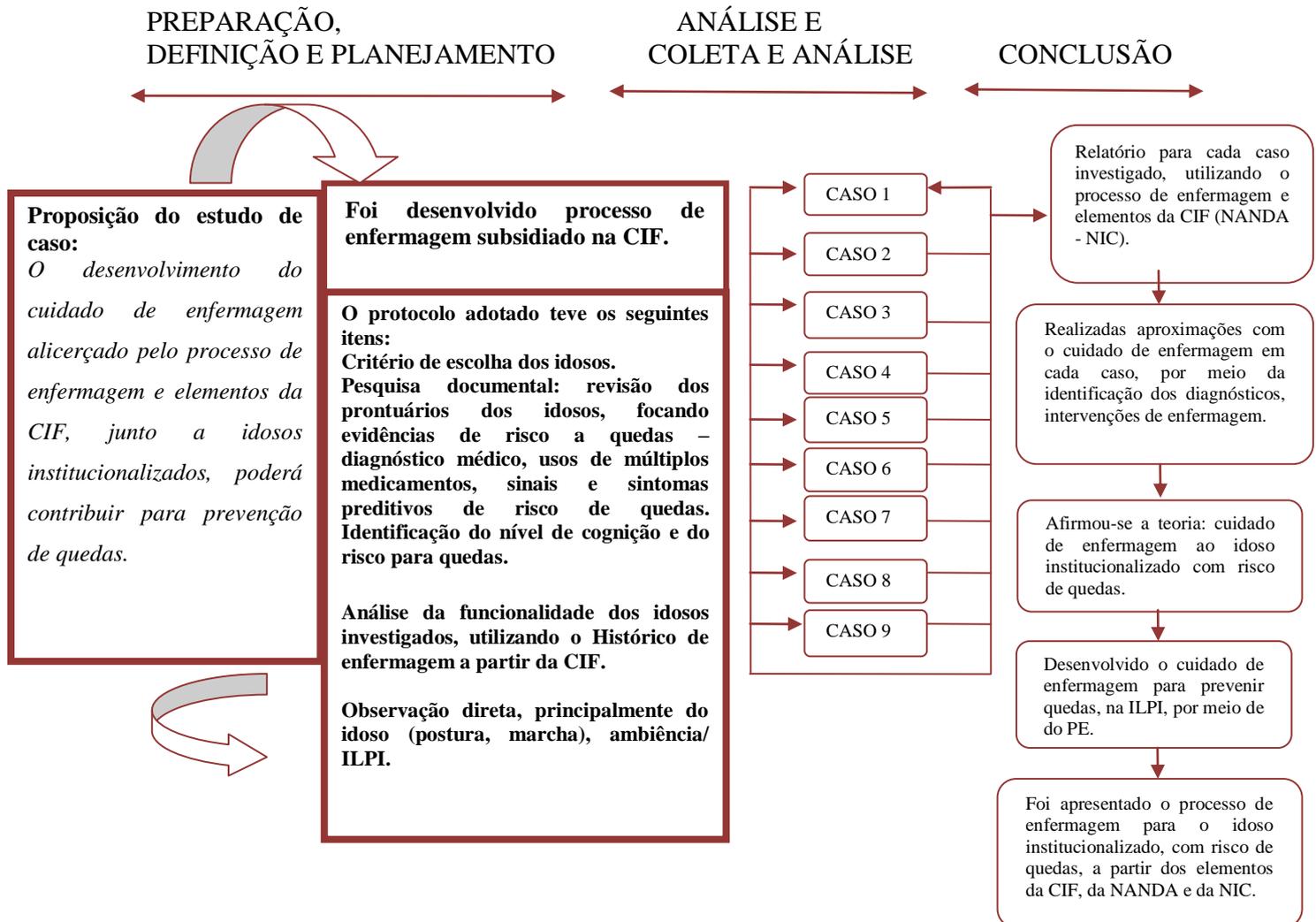
Realizado estudo de casos múltiplos, por ser próprio para a construção de uma investigação empírica de possibilidades dentro de seu contexto real – pesquisa naturalística – com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fato. Sustentada por plataforma teórica, reúne o maior número possível de informações, em função das questões e proposições orientadoras do estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências, que direcionam a triangulação de informações, garantindo a confiabilidade e a validade dos achados do estudo (YIN, 2010).

O estudo de caso foi formado por cinco componentes essenciais: questão de estudo, as proposições do estudo, unidade de análise, a lógica que irá unir os dados às proposições, os critérios que irão interpretar as constatações (YIN, 2010, p.49).

A *questão de estudo* para ser considerada estratégia de estudo de caso necessita ter como forma de questionamento de pesquisa as palavras *como* ou *por que*, pois elas revelam a essência do estudo de caso (YIN, 2010). Como já apresentada na introdução, ter-se-á como questão de estudo: *Como propor cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados para prevenção de quedas, utilizando-se o processo de enfermagem e a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)?*

Quanto à *proposição do estudo de caso* foi examinado dentro do escopo do trabalho, a qual ajudou na decisão e na procura de evidências relevantes. Visto que sem estas proposições “um investigador pode sentir-se tentado a coletar tudo o que é impossível de ser feito” (YIN, 2010, p. 50). O estudo em questão teve a seguinte proposição: *O desenvolvimento do cuidado de enfermagem alicerçado pelo processo de enfermagem e pela CIF, junto a idosos institucionalizados, pode contribuir para prevenção de quedas.*

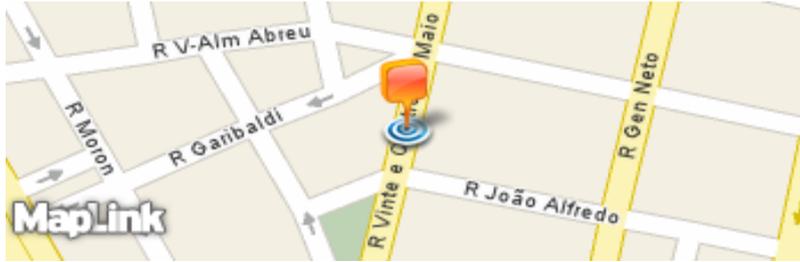
A seguir a representação esquemática e explicação do método deste estudo de caso, a partir da aplicação de Yin (2010).



**FIGURA 3** – Modelo Metodológico do Estudo de Caso Adaptado (YIN, 2010 p.181).

#### 4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) denominada Asylo de Pobres, localizada no centro da cidade do Rio Grande, extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de instituição filantrópica, fundada em 27 de dezembro de 1885, declarada de utilidade pública pela Lei Municipal em 1965, pela Lei Estadual em 1978 e Lei Federal em 1973 (REGISTRO HISTÓRICO DA ILPI, 2011).



[http://www.apontador.com.br/local/rs/rio\\_grande/medicos\\_e\\_consultorios/E6L3XB2A/asilo\\_de\\_pobres.html](http://www.apontador.com.br/local/rs/rio_grande/medicos_e_consultorios/E6L3XB2A/asilo_de_pobres.html)

**Figura 4** - Localização da ILPI – Asylo de Pobres no município do Rio Grande/RS



**Figura 5** – Visão Geral do Rio Grande/RS, Brasil.

Nessa ILPI, desde sua fundação, já residiram, cerca de 14.100 idosos. Hoje, residem em média 60 idosos, sendo 65% do sexo feminino e 35% do sexo masculino.

A escolha em realizar a pesquisa nessa ILPI surgiu do fato de ter trabalhado como enfermeira nessa instituição. E também por integrar o Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/FURG - CNPq), que tem como um dos focos de atuação o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso institucionalizado.

### 4.3 Participantes da Pesquisa

Foram participantes deste estudo nove idosos institucionalizados, porque nos estudos de casos torna-se difícil investigar mais do que dez unidades de análise (YIN, 2010), principalmente em se tratando de pesquisa de dissertação de mestrado, com tempo máximo de sustentação de 24 meses.

**Crítérios de Inclusão:** ambos os sexos, residente na ILPI há mais de seis meses, apresentassem o Miniexame do Estado Mental (Minimental – MEEM) (FREITAS, MIRANDA 2006) (ANEXO A), acima ou igual a 24 pontos; apresentassem 3 ou mais pontos na Escala de Risco de Quedas (DOWNTON, 1993) (ANEXO B).

#### 4.4 Procedimentos de Coleta de dados

Na coleta de dados da metodologia do estudo de caso existem seis fontes de evidências: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Nenhuma dessas fontes possui uma vantagem indiscutível sobre as outras. As várias fontes são complementares e um bom estudo de caso utilizará um maior número de fontes, pois, “o uso de múltiplas fontes direcionará a triangulação, com possibilidade de validação dos dados” (YIN, 2010, p.127).

Para a coleta de dados do estudo de caso há a necessidade de três fases distintas e complementares: o desenvolvimento do protocolo da pesquisa, coleta das evidências, categorização/classificação dos dados coletados (YIN, 2010).

O *desenvolvimento do protocolo* representou documento formal que conteve os procedimentos, instrumentos e regras gerais, que foram adotados no estudo: primeiro foi realizada visão geral do projeto, com o tema, questões de estudo e leituras norteadoras; procedimentos adotados para coleta dos dados (análise documental, entrevistas, observação em campo, dentre outras); plano de análise dos dados coletados, com discriminação da natureza das informações coletadas (YIN, 2010, p.106).

A *coleta das evidências* ocorreu por meio da coleta do material sobre o caso. Nesta pesquisa foram utilizados documentos (Prontuário do Residente e outros documentos da ILPI), entrevistas junto às pessoas institucionalizadas, observações dos idosos e principalmente do ambiente da ILPI, as anotações no Diário de Campo. O exame físico foi componente da coleta de dados, utilizado durante o Histórico de enfermagem.

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais utilizada em estudos de caso, por isso ela foi eleita também nesta pesquisa. Segundo Oliveira, Maçada e Goldoni, (2009) os aspectos mais importantes são: critérios para escolha dos entrevistados, utilização ou não de roteiro de entrevista, pré-teste e validação de conteúdo do roteiro de entrevista, número de entrevistados, meio para registro da entrevista (anotações, gravação, dentre outras).

Em um estudo de caso, o protocolo é relevante para a obtenção da confiabilidade, pois fornece informações para que o estudo, quando repetido sob as mesmas condições, obtenha os mesmos resultados. O protocolo, segundo Yin (2010), sugeriu os seguintes tópicos: visão geral da pesquisa (objetivo, questão de pesquisa, modelo teórico); procedimentos para coleta de dados (procedimentos para coleta de dados, procedimentos para lidar com imprevistos, recursos necessários, agenda das atividades de coleta de dados); questões do estudo de caso (instrumentos para coleta dos dados); guia para o relatório (esboço, formato para os dados). O protocolo desta pesquisa encontra-se em anexo (APÊNDICE A).

O procedimento para obter a validade de constructo é o estabelecimento do encadeamento lógico das evidências que tem como princípio permitir que um revisor/observador externo (orientadora da dissertação), siga as evidências desde o início da pesquisa até as últimas conclusões do estudo de caso (OLIVEIRA; MAÇADA; GOLDONI, 2009). Esse encadeamento consistiu num relatório com aspectos relevantes da base de dados, apresentando evidências reais do tópico em estudo e a forma pela qual elas foram obtidas. Essas evidências se mostraram consistentes com o descrito no protocolo, uma vez que se alinhou com as questões de pesquisa (YIN, 2010). A coleta de dados dessa pesquisa transcorreu no período do mês de maio de 2012.

Foi utilizado um Histórico de Enfermagem (APÊNCIDE E), por meio da entrevista. Esse Histórico de Enfermagem foi montado por meio da utilização de elementos da CIF. Ele é composto por cinco partes: Identificação; observações gerais; funções e estruturas do corpo; limitações de atividades e restrições à participação; fatores ambientais; distribuídos em 13 páginas, centrado nas necessidades presentes nos idosos institucionalizados pesquisados. Esse histórico de Enfermagem foi validado, inicialmente pelos membros da banca de qualificação do projeto de dissertação e, realizou-se um teste piloto. Foi aplicado em dois momentos em cada idoso participante do estudo.

#### **4.5 Procedimentos de Análise e Interpretação de Dados**

Embora haja várias estratégias para esta etapa, Yin (2010) propõe: basear a análise em proposições teóricas, organizando-se o conjunto de dados e buscando evidências das relações causais propostas na teoria (questões da pesquisa, objetivos, projeto que gerou o instrumento de coleta de dados); desenvolvimento de uma estrutura teórica; pensar sobre as explicações divergentes, testando proposições, hipóteses, perspectivas diferentes e fazendo comparações; desenvolvendo uma estrutura descritiva que ajudou a identificar a existência de padrões de relacionamento entre os dados e exigiu um domínio com algumas técnicas estatísticas.

As variáveis consideradas em relação ao método de estudo de caso associadas à análise de dados foram: descrição dos procedimentos, anotações de campo, esquema de codificação, flexibilidade, validade do constructo, encadeamento de evidências, comparação dos casos, técnicas de análise, validade interna, citações, revisão do relatório e comparação dos resultados com a literatura (YIN, 2010).

A *unidade de análise* relacionou-se com a definição do que é o caso e o que pode ser: um indivíduo, uma decisão, um programa, pode ser sobre a implantação de um processo e sobre uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira

pela qual as questões de estudo foram definidas (YIN, 2010, p. 50). Dessa forma a unidade de análise desse estudo foi o idoso institucionalizado com risco de queda.

Neste estudo de caso, as análises dos dados ocorreram através da comparação dos casos estudados, considerando as semelhanças que demonstravam entre eles. Num segundo momento foi apresentado o Histórico de Enfermagem, contemplando os itens que apareceram em pelo menos, metade mais um, dos dados coletados nos idosos participantes do estudo. No terceiro momento foi apresentado o Processo de Enfermagem, através da identificação de títulos diagnósticos e prescrições/intervenções de enfermagem correlatas. E, posteriormente, os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade: funções, estruturas, atividade/participação, fatores ambientais e pessoais, verificando as capacidades, incapacidades, alterações e os riscos potenciais.

A interpretação foi realizada por meio das bibliografias do Marco teórico referencial, realizado alguns ajustes e abordado novas inclusões de autores da Enfermagem, da CIF e da Gerontologia.

#### **4.6 Aspectos éticos do estudo**

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Conselho da Escola de Enfermagem em reunião ordinária, foi gerado um número de ata, através do qual foi realizado cadastro da pesquisa no site da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da FURG. Foi solicitado o consentimento da Instituição para realização da pesquisa. Após a qualificação, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde da FURG, obtendo aprovação pelo número do parecer 003/2012. Foram seguidas as determinações da Resolução 196/96, que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Precedendo a coleta de dados, os participantes foram informados acerca dos objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa. Confirmada a participação dos idosos eles assinaram ou deixaram suas impressões digitais em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

## 5 RESULTADOS DO ESTUDO

Os casos foram apresentados da seguinte forma: 1º Histórico de Enfermagem embasado em elementos da CIF e tendo como focos: informações demográficas, alterações nas funções do corpo e/ou nas estruturas do corpo, informações sobre os fatores ambientais; informações dos fatores pessoais descritos e observados.

Para a 2ª parte, verificou-se a necessidade de utilizar um processo diagnóstico para direcionar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Optou-se pelo uso da Análise de Risner (FEITOZA et. al., 2004), para quem o diagnóstico de enfermagem é entendido como momento para separação de todo material em partes, onde se procede a um exame crítico de dados, definindo os componentes essenciais e relações. Risner (FEITOZA et. al., 2004) apresenta a análise dos diagnósticos em duas etapas: na 1ª etapa é realizada a análise e síntese dos dados, quando se categorizam os dados, usando-se modelos conceituais, identificando divergências ou lacunas, muitas vezes, requerendo nova coleta de dados, pela enfermeira. Na síntese, agrupam-se evidências/características definidoras em grupos/padrões, comparam-se esses grupos/padrões com teorias, normas e conceitos, requerendo conhecimento e experiência da enfermeira: identificam-se possibilidades, que são inferências ou hipóteses, por meio de títulos de diagnósticos, quando ocorre o julgamento clínico, por fim, ocorre a proposição das causas etiológicas. Na 2ª etapa dar-se o estabelecimento dos DEs propriamente ditos, primeiro verificando-se o título do diagnóstico e depois, procede-se à construção redacional de diagnósticos de enfermagem, seguindo uma taxonomia específica.

A 3ª parte dos casos estudados diz respeito à Proposta de cuidados de enfermagem, quando se apresenta um quadro com três colunas: os diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA; as intervenções de enfermagem a partir da NIC; os domínios da CIF, que se mostraram alterados.

### CASO 1

#### **Histórico de enfermagem segundo elementos da CIF (OMS, 2004)**

Idosa, 72 anos, aposentada, divorciada, residente na ILPI há seis meses, em apartamento/banheiro exclusivo, barreiras arquitetônicas, ausência de suporte de auxílio no banheiro e excesso de móveis. Tem um filho que reside em outro estado e não tem parentes no município, quando precisa de auxílio recorre ao ministro da igreja que frequenta. Refere sofrer de cardiopatia há vinte anos, realizou três pontes safenas, alérgica a algumas medicações e a fitas adesivas de curativos. Histórias de hospitalizações: cirurgia cardíaca, cesariana e curetagem (aborto espontâneo). Usa várias medicações, para: hipertensão, inibição de agregação plaquetária, ansiedade, depressão. Apresenta dificuldades para dormir, devido à ansiedade. Já foi tabagista e etilista, parou ambos há dez anos. Função cognitiva preservada,

obteve 30 pontos no MEEM, às vezes apresenta esquecimentos de fatos recentes. Quanto às funções sensoriais: visão diminuída nos dois olhos (Miopia – grau 3/olho direito e esquerdo/3,5) e usa óculos. Pupilas fotoreagentes, isocóricas. Acuidade auditiva mantida. Função gustativa conservada, apresenta prótese dentária superior; relata dor na região do peito, tipo: sensação de opressão que irradia para os ombros e pescoço, com intensidade moderada, que melhora, quando repousa. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 4s e mucosas normocoradas, dispneia, quando apresenta dor no peito e tosse seca à noite. Padrão respiratório 17mm. Tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar por fígado de boi, mas a prótese dentária atrapalha o paladar. Ingera uma média de dois litros de água por dia. Peso dentro dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, ou seja, 58kg com altura de 1,50m, correspondendo  $IMC=24,44kg/m^2$ . Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia sem dificuldades. Micção espontânea, ultimamente com nictúria. Vida sexual ativa, tem um parceiro há 2 anos. Sem alterações ginecológicas, mas não tem realizado exames preventivos, em virtude do desconforto e algia, após e durante o procedimento do papanicolau. Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento sem alterações, deambula sem auxílio, independência completa, estabilidade nas articulações e na mobilidade dos ossos. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs. Declara realizar atividade física três vezes por semana (caminhadas e yoga). Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações. Unhas limpas e saudáveis. Comunicativa e orientada quanto as linguagens verbais e escritas. Idosa pratica o autocuidado e tem atenção especial com a saúde. participa da vida comunitária, de atividades recreativas, desfruta dos direitos de cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia sua saúde como ruim, devido à cardiopatia lhe comprometer a realizar corridas, mas sua saúde mental como boa.

**Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et al, 2004).**

Necessidades alteradas: idosa, 72 anos, mora na ILPI por não ter familiar/parentes no município; pressão arterial – hipertensão (140X90mmHg), doença coronariana, dificuldade para dormir; risco para acidentes por quedas por utilizar vários medicamentos; paladar alterado relacionado ao uso de prótese dentária; falta de conhecimento quanto aos exames preventivos ginecológicos e da dor opressiva desencadeada no peito.
---

**Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 72 anos, com hipertensão (140X90 mmHg) e dificuldade para dormir	No processo de envelhecimento podem surgir: hipertensão; Insônia; acuidade visual diminuída; ansiedade; doença coronariana (MENEZES;	Autocontrole Ineficaz da saúde	Relacionado a déficit de conhecimento, conflitos de decisão, déficit de apoio familiar e dificuldade de aderir ao regime terapêutico.	Autocontrole Ineficaz da saúde

	LOPES; AZEVEDO, 2009).			
Reside na ILPI por não ter familiares no município	Muitas pessoas que residem em ILPI não veem este espaço como lar e nem os outros idosos e profissionais como familiares. (BESSA et. al. 2012).	Processo Familiar alterado	Relacionado à crise de desenvolvimento e transição desenvolvimental.	Processos Familiares interrompidos.
Déficit de segurança no ambiente doméstico (banheiro sem corrimão e excesso de móveis)	A ILPI deve promover um ambiente livre de perigos e riscos para os residentes, conforme preconiza a ANVISA (FELICIANI et. al., 2011); (KIKUCH; BISPO, 2010).	Risco para acidentes por quedas	Relacionado ao uso de vários medicamentos e ao ambiente domiciliar (banheiro sem suporte e excesso de móveis).	Risco de queda.
Paladar alterado por conta do uso de prótese dentária.	Pessoas idosas, geralmente apresentam próteses dentárias e, algumas apresentam dificuldade e alterações na mastigação e no paladar (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).	Dentição prejudicada	Relacionada ao desgaste e perda dos dentes permanentes, bem como o uso de próteses dentárias.	Dentição prejudicada.

Falta de conhecimento quanto à importância dos exames preventivos ginecológicos e a dor no peito.	Déficit de conhecimento e esclarecimento sobre a necessidade dos exames preventivos ginecológicos, bem da algia que decorre, das doenças coronarianas (FREITAS et. al., 2011)	Conhecimento deficiente	Relacionado à falta de familiaridade com os recursos de Informação e a profissionais de saúde que possam saciar as dúvidas.	Conhecimento deficiente.
---	---	-------------------------	---	--------------------------

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC –	Domínios da CIF alterados
Autocontrole Ineficaz da saúde	Aconselhamento; Assistência na automodificação; Controle de Medicamentos; Mobilização familiar; Apoio à tomada de decisão; Avaliação da saúde; Encaminhamento para uma avaliação médica; Identificação do risco; Melhora do enfrentamento; Educação para a saúde;	Funções/Estruturas cardiovascular alterada: Pressão sanguínea aumentada - hipertensão; Atividade/participação comprometida: necessita de auxílio de profissionais da saúde da ILPI para avaliar adesão da terapia medicamentosa para hipertensão e para dificuldade para dormir, já que não consegue cuidar da própria saúde adequadamente; Fatores ambientais alterados no que se referem ao consumo de produtos ou substâncias que necessitam de controle rigoroso (administração de medicamentos). Fatores ambientais/Apoio: necessita de profissional da saúde para auxiliá-la na adesão do tratamento medicamentoso; Fatores Ambientais/Apoio – Falta de apoio e presença de familiar imediato/filho;

		Funções pessoais comprometidas: não adere à terapia medicamentosa prescrita adequadamente.
Processos Familiares interrompidos relacionados à crise de desenvolvimento e transição desenvolvimental.	Melhora do sistema de apoio por parte do filho; Manutenção do processo familiar através do aconselhamento; Melhora no desempenho do papel de filho; Suporte emocional à família; Terapia familiar;	Participação: dificuldade no enfrentamento familiar. Fatores ambientais: falta de apoio da família imediata e atitudes individuais de membros da família imediata interrompidos.
Risco de quedas relacionado ao uso de medicamentos e ao ambiente domiciliar (banheiro sem suporte e excesso de móveis).	Controle do ambiente – segurança; educação para a saúde; precauções no uso de móveis e utensílios domésticos; ensino – processo de doença; controle de medicamentos; prevenção de quedas.	Fatores ambientais: uso de medicamentos; falta de estrutura arquitetônica - do apartamento - que priorize as necessidades do idoso, já que se trata de uma ILPI, na qual deve haver segurança e bem estar. Ambiente/banheiro seguro com suporte de apoio. Fatores pessoais: falta de esclarecimento e compreensão das dificuldades e reais necessidades, funções/estruturas do corpo: alterações no sistema cardiovascular: pressão sanguínea; coração; sensoriais: dor.
Dentição prejudicada relacionada ao desgaste e perda dos dentes permanentes, bem como o uso de prótese dentária.	Manutenção da saúde oral; Controle da nutrição;	Funções/Estruturas do corpo: funções gustativas e de deglutição alteradas; Estrutura bucomaxilofacial alterada.
Conhecimento deficiente relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação e ausência de profissionais de saúde que possam saciar as dúvidas.	Facilitação da aprendizagem; modificações de comportamento e hábitos; Assistência que promova esclarecimentos da necessidade de exames preventivos; redução da ansiedade;	Atividades/Participação: aprendizagem e aplicação de conhecimentos adquiridos/mudança de comportamento; cuidar da própria saúde; Fatores Ambientais: apoio dos profissionais da saúde em oferecer uma assistência de qualidade e humanizada;

## CASO 2

### **Histórico de enfermagem segundo elementos da CIF (OMS, 2004)**

Idosa, 90 anos, viúva, residente na ILPI há seis anos, apartamento/banheiro exclusivo, barreiras arquitetônicas, ausência de suporte de auxílio no banheiro. Tem três filhas, duas residem no município e uma fora do Rio Grande do Sul. Refere ter realizado várias cirurgias: hysterectomia, apendicectomia, colecistectomia, mastectomia, prótese de quadril e cesárea. Não alega alergias. Hospitalizou-se em abril de 2012 para cirurgia de hysterectomia. Faz uso de medicações para: insônia, algias, nevralgias, dores nas costas e distúrbios venosos - hemorroidas, constipação e tranquilizantes. Alega apresentar dificuldade para dormir, devido a ansiedade. Comentou que os tratamentos para vencer o Câncer de mama que teve há oito anos a deixou dependente de tranquilizantes. Apesar de não residir com as filhas ela é bem assistida, as filhas a visitam todos os dias, acompanham-na nas consultas médicas, bem como nas atividades relacionadas às situações de doença. Função cognitiva: consciência, orientação no tempo/espaço, capacidades psicossociais, temperamento, personalidade, atenção, questões emocionais, percepção, linguagem, pensamento e funções mentais para sequencia de movimentos complexos preservados obteve 25 pontos no MEEM. Relatou que apesar das situações de estresse físico e emocional, que vivenciou, mantém-se bem lúcida e orientada. Em alguns momentos, se sente um pouco tonta, mas acredita que seja em decorrência do uso de medicamentos. Quanto às funções sensoriais: apresenta acuidade visual diminuída no olho esquerdo (Miopia 3,5) e no direito, ausência total de visão, devido a catarata, usa óculos; pupilas fotoreagentes, isocóricas. Acuidade auditiva diminuída no ouvido esquerdo. Função gustativa: paladar alterado, em decorrência do uso de prótese dentária superior. Não apresenta dificuldades/problemas olfativos, proprioceptivos, táteis e sensoriais/temperatura. Informou que terá uma avaliação médica na semana da entrevista a fim de verificar a sua condição pós-cirurgia de hysterectomia. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas, eupneica. Durante a entrevista, padrão respiratório 13mm. Tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares presentes. PA: 120X70mmHg. Funções referentes à digestão: padrão alimentar inalterado, bem como a deglutição. Tem como preferência alimentar comida italiana e frutas, mas argumenta que a prótese atrapalha um pouco no que se refere ao paladar. Ingera uma média de 500 ml de água por dia. Peso dentro dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal: 55 kg e altura de 1,64m, correspondendo  $IMC=20,45kg/m^2$ . Abdome um pouco distendido com ruídos hidroaéreos presentes, queixa-se de algias fortes na região do baixo ventre (dor pélvica crônica - nevralgias isquiáticas e algias lombares). Sensação de peso e dor nos MIIs, em virtude da cirurgia realizada há um mês; apresenta constipação e para evacuar necessita de auxílio de óleo mineral. Micção espontânea. Vida sexual inativa. Foi através dos exames preventivos ginecológicos (papanicolau) que foi detectado fibromioma submucoso. Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento com alterações, deambula com auxílio de uma bengala, independência modificada, estabilidade nas articulações e na mobilidade na maioria dos ossos. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos de alguns membros e reflexos presentes. Apresenta limitação parcial no MSD e no MIE (paresia). Declara realizar caminhadas. Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações. Unhas sem sujidades e sem fungos. Comunicativa e orientada no que se refere a linguagens verbais e escritas. Cuida da própria saúde e do autocuidado e recebe auxílio das filhas na hora do banho de aspersão. Participa da vida comunitária, realiza atividades recreativas, desfruta dos direitos como cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia sua saúde física como ruim, devido estar se recuperando de uma cirurgia e a saúde mental como boa. Revela que sofreu uma queda há

dez anos na casa de uma das filhas, comprometendo o MIE, que necessitou de uma prótese de quadril.

**Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004)**

Necessidades alteradas: idosa, 90 anos, acuidade visual ausente no olho direito devido a catarata; acuidade auditiva diminuída no ouvido esquerdo. Uso de vários medicamentos, prótese de quadril no lado esquerdo, alteração na independência neuromuscular, uso de bengala para deambular, ausência de suporte de auxílio no banheiro. Limitação nos movimentos nos MSD e no MIE (paresia). Nevralgias isquiáticas, sensação de peso e dor nos MIIS (distúrbios venosos: hemorróidas) e algias lombares, decorrentes da intervenção cirúrgica (histerectomia); com insônia, ansiedade, tensão, provenientes das alterações físicas, causadas pela mastectomia direita e prótese de quadril no MIE, por queda há dez anos. Paladar, alterado por conta do uso de próteses dentárias: inferior e superior. Constipação, faz uso de óleo mineral. Ingere pouca água. Apresenta alterações de glicemia.

**Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 90 anos, acuidade visual ausente no olho direito devido à catarata; acuidade auditiva diminuída no ouvido esquerdo.	No processo de envelhecimento podem surgir: alterações e diminuição na acuidade visual e auditiva (ALVES et. al., 2007).	Risco de lesão	Relacionado a disfunção sensorial (dificuldade visual e auditiva)	Risco de Lesão.
Risco de quedas por uso de vários medicamentos, prótese de quadril esquerdo, alteração na independência neuromuscular, uso de bengala e pela ausência de suporte de auxílio no banheiro.	A independência modificada (mobilidade) pode levar às alterações e limitações de membros - MSD e no MIE (paresia); (MURAKAMI; SCATTOLIN, 2010).	Risco de quedas	Relacionado ao uso de medicamentos, prótese de membro inferior direito, uso de bengala, mobilidade física prejudicada e ausência de suporte no banheiro.	Risco de quedas.
Nevralgias isquiáticas,	A recuperação pós-operatória em	Recuperação cirúrgica	Relacionada à dor, desconforto	Recuperação Cirúrgica

lombares e nos MIIS (distúrbios venosos).	idosos envolve um tempo maior de recuperação, principalmente em pessoas com um histórico de imunossupressão (MENDOZA; PENICHE, 2009).	retardada	e distúrbios decorrentes do procedimento cirúrgico (histerectomia).	retardada.
Insônia	O sono é uma das modificações esperadas do processo de envelhecimento, tendendo à diminuição a cada década (OLIVEIRA et. al., 2009).	Insônia	Relacionada ao desconforto físico (nevralgias, dores lombares e nos MIIs), ansiedade, evidenciada pelo estado de saúde diminuído.	Insônia.
Paladar alterado.	A perda dentária em idosos afeta a qualidade da dieta e a ingestão de nutrientes de maneira que pode desencadear riscos para muitas doenças sistêmicas, devido ao estado nutricional inadequado (OLIVEIRA et. al., 2008).	Dentição prejudicada	Relacionada ao desgaste e perda dos dentes permanentes, e uso de prótese dentária.	Dentição prejudicada
Constipação	A diminuição na frequência de evacuações em idosos pode decorrer de inúmeros fatores, dentre eles o uso de determinados medicamentos e ingestão insuficiente de líquidos. (CUNHA et. al., 2008).	Risco de Constipação	Relacionado ao uso de antidepressivos, ingestão insuficientes de líquidos, distúrbios venosos (hemorróidas) e dentição inadequada.	Risco de Constipação.

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco de Lesão relacionado a disfunção sensorial (dificuldade visual e auditiva)	Educação para a saúde: encaminhar ao otorrinolaringologista e oftalmologista; Monitoração do cuidador em relação às funções sensoriais e oftalmológicas e otorrinolaringológicas.	Funções/estruturas sensoriais visuais e auditivas diminuídas e/ou ausentes; Atividades/participação: recepção de mensagens visuais e verbais diminuídas; Fatores ambientais: necessidade de buscar auxílio de profissionais da saúde para corrigir as necessidades auditivas e visuais.
Risco de quedas relacionado ao uso de medicamentos, prótese de membro inferior direito, uso de bengala, mobilidade física prejudicada e ausência de suporte no banheiro.	Controle do ambiente/supervisão: segurança; Monitoração/controle dos efeitos dos medicamentos, levando ao conhecimento dos profissionais da saúde as reações desencadeadas; Assistência no autocuidado; Promoção da mecânica corporal; Prevenção de quedas;	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento diminuído (mobilidade no MSD e MIE);  Estruturas relacionadas ao movimento: extremidade inferior ( <i>perna direita</i> ) diminuída;  Atividades/participação – necessita se deslocar com equipamento auxiliar - bengala;  Fatores Ambientais: falta de estrutura arquitetônica - do apartamento - que priorize as necessidades do idoso, já que se trata de uma ILPI, na qual deve haver segurança e bem estar. Ambiente/banheiro seguro com suporte de apoio.
Recuperação Cirúrgica relacionada à dor, desconforto e distúrbios decorrentes do	Controle da dor; Controle de medicamentos; Controle hidroeletrólítico; Cuidados com o local da	Funções/estruturas ginecológicas alteradas, devido à retirada de um fibromioma submucoso;

<p>procedimento cirúrgico (histerectomia).</p>	<p>cirurgia; Gerenciamento do caso; Assistência no autocuidado; Cuidados com a incisão cirúrgica; Terapia com exercícios: estimular a deambulação; Monitoração dos sinais vitais;</p>	<p>Limitações na atividade/participação em consequência da dor, sensação de peso nos MIIs e cansaço. Fatores pessoais comprometido, devido ao desconforto pós-cirúrgico (dor, sensação de peso nos MIIs, distúrbios venosos: hemorroidas e cansaço/fadiga).</p>
<p>Insônia relacionada ao desconforto físico (neuralgias, dores lombares e nos MIIs), ansiedade, evidenciada pelo estado de saúde diminuído.</p>	<p>Controle da dor; Redução da ansiedade; Melhora do enfrentamento; Relaxamento muscular; Supervisão/segurança; A busca por alguma terapia que promova relaxamento;</p>	<p>Deficiência nas funções sensoriais, por conta da dor pós-operatória; Função do sono prejudicada pela dor e ansiedade; Estrutura física alterada em decorrência da intervenção cirúrgica. Atividade/participação dificultada em virtude das consequências da cirurgia – Histerectomia; Fatores ambientais alterados quanto ao uso de substâncias/consumo de medicamentos para reduzir a dor, diminuir a ansiedade e a tensão pós-cirúrgica; Fatores pessoais alterados em decorrência da condição de saúde.</p>
<p>Dentição prejudicada relacionada ao desgaste e perda dos dentes permanentes e uso de prótese dentária.</p>	<p>Manutenção da saúde oral;  Controle da nutrição;  Restauração da saúde oral no que couber;</p>	<p>Deficiência na função de deglutição e na estrutura bucomaxilofacial; Atividade: cuidado pessoal (mastigação) alterada em decorrência ao uso de próteses dentárias.</p>
<p>Risco de Constipação relacionado ao uso de antidepressivos, ingestão insuficientes de líquidos, distúrbios venosos (hemorróidas) e dentição inadequada.</p>	<p>Controle da constipação/impactação; Controle da dor; Controle de medicamentos; Controle da nutrição; Controle hídrico; Monitoração hídrica; Planejamento da dieta; Redução da ansiedade;</p>	<p>Funções de defecação alteradas; Deficiência nas estruturas digestivas; Alteração nos fatores ambientais, causados pelo consumo de substâncias - remédios e alimentos que provocam diminuição na</p>

	Terapia com exercício; mobilidade articular;	motilidade intestinal; Fatores ambientais alterados no que se refere apoio de familiares e de profissionais de saúde que orientem a idosa alimentar-se com alimentos ricos em fibras e a ingerir mais líquidos; Fator pessoal alterado, por conta da histerectomia, ansiedade e tensão provocadas pelas patologias que a acometeram ao longo da vida.
--	---	---

### CASO 3

#### **Histórico de enfermagem segundo elementos da CIF (OMS, 2004)**

Idosa, 80 anos, viúva, aposentada, residente na ILPI há seis anos, apartamento/banheiro exclusivo, barreiras arquitetônicas, ausência de suporte de auxílio no banheiro. Tem um filho que reside no município, que lhe presta auxílio, quando necessita, presente na ILPI, visitando-a e participando de sua vida diária. Refere hipertensão, Diabetes Mellitus tipo II há 20 anos, realizou ureterolitotripsia endoscópica, da qual está se recuperando. Ressalta hospitalizações constantes, pois vive tratando uma fístula, que os médicos alegam que não cicatrizará (sequela de tumor intestinal, extraído há oito anos). Faz uso de medicações para hipertensão, para inibir a agregação plaquetária, insulínica (os testes mostram em média 350mg/dl pós-prandial) e faz uso de antidepressivo e remédios para auxiliar na circulação. Alega dificuldade para dormir, devido ansiedade. Função cognitiva (consciência, orientação no tempo/espço, capacidades psicossociais, temperamento, personalidade, atenção, questões emocionais, percepção, linguagem, pensamento e funções mentais para sequencia de movimentos complexos) preservados obteve 25 pontos no MEEM, alega que sua memória não procede da mesma forma de quando era jovem, às vezes, tem esquecimentos de fatos contemporâneos e tremores. Quanto às funções sensoriais: acuidade visual diminuída no olho esquerdo e direito (Miopia – grau 2,5- olho direito e esquerdo 3,5), usa óculos, pupilas fotoreagentes, isocóricas, acuidade auditiva mantida. Função gustativa (amargo, doce, ácida e o salgado) conservada, apresenta prótese dentária superior e inferior. Ausência de dificuldades/problemas olfativos, proprioceptivos, táteis e sensoriais/temperatura, relata dor na região da fístula, tipo: latejante, com intensidade moderada que melhora, quando realizam curativo, irrigam com soro morno no pertuito. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 4s e mucosas normocoradas, eupneica, apresenta tosse produtiva à noite. Padrão respiratório 15mm. Tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Tem como preferência alimentar mocotó, mas argumenta que a prótese atrapalha o paladar; ingere em média de 500ml de água por dia. Peso dentro dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, 59kg e altura de 1,65m, correspondendo IMC=21,67kg/m<sup>2</sup>. Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes. Evacua duas vezes por dia sem dificuldades pela bolsa de colostomia; incontinência urinária, devido a litíase. Vida sexual inativa, desde do falecimento do marido há vinte cinco anos, sem alterações ginecológicas, não tem realizado exames preventivos, em

virtude da fístula que lhe causa desconforto e algia, após e durante o procedimento do papanicolau. Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento sem alterações, deambula com auxílio de bengala, independência modificada, estabilidade nas articulações e na mobilidade dos ossos. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs. Declara realizar atividade física três vezes por semana (caminhadas e fisioterapia). Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações, com exceção da região anal (fístula enteroanal, decorrente de cirurgia de cólon, que drena secreção purulenta e fétida). Unhas sem sujidades e fungos. Comunicativa e orientada no que se refere a linguagem verbais e escritas. Cuida da própria saúde e do autocuidado. Participa da vida comunitária, atividades recreativas, desfruta dos direitos como cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia sua saúde como ruim, após cirurgia de tumor intestinal e ter que usar uma bolsa de colostomia para evacuar, além de manter uma fístula no local sem expectativa de recuperação, saúde mental vista como muito boa.

### Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004)

Necessidades alteradas: Idosa, 80 anos, com hipertensão (PA:140X80mmHg); Diabetes Mellitus tipo II (insulinodependente), ultimamente, os testes estão detectando 350mg/dl; presença de fístula enteroanal, proveniente de cirurgia de tumor intestinal, que lhe causa dor, calor e rubor local e presença de secreção purulenta. Ansiedade, faz uso de antidepressivos; acuidade visual diminuída no olho esquerdo e direito (Miopia: grau 2,5 no olho direito e esquerdo 3,5). Nos últimos dias com tosse produtiva à noite. Tem próteses dentárias (superior e inferior), que atrapalha no paladar. Ingerir pouco líquido em média 500ml/por dia; Faz uso de bolsa de colostomia para eliminação das fezes há oito anos, devido a um tumor de intestino. Com incontinência urinária há mais de seis meses, proveniente da litíase uretral e realizou intervenção cirúrgica há um mês, da fístula. Independência neuromusculoesquelética modificada, usa bengala, ingere vários medicamentos, que lhes provocam tontura e tremores. Ausência de segurança no banheiro, falta suporte de auxílio para realizar banho de aspersão.

### Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 80 anos, hipertensa, diabética - diabetes Mellitus tipo II (insulinodependente)	Doença crônica não transmissível é a expressão usada para designar patologias persistentes e que necessitam de cuidados permanentes. São exemplos frequentes das DCNT: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares,	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída.	Relacionado às patologias crônicas (hipertensão e Diabetes Mellitus tipo II).	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída

	osteoartrite e câncer (HENRIQUE et. al., 2008).			
Diabetes Mellitus tipo II	O DM II é uma das DCNT mais comuns nas pessoas idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macrovasculares. Representa no idoso um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade da equipe multidisciplinar para atender as necessidades de um tratamento ideal. Frequentemente o DM 2 se associa à obesidade, especialmente víscero/abdominal, surgindo muitas vezes após ganho de peso associado ao envelhecimento, caracterizado por menor tolerância à glicose (FREITAS, 2006).	Glicemia instável	Relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	Risco de glicemia instável.
Presença de fístula pós-operatória: sequela de cirurgia de remoção de tumor intestinal	Esse tipo de fístula é efetivado cirurgicamente por razões terapêuticas (MEDINA et. al., 2010).	Risco para infecção; Proteção ineficaz; perturbada; Integridade da pele prejudicada;	Relacionado às defesas primárias (tecido traumatizado) e imunossupressão, à fístula enteroanal, à umidade no peritônio da fístula e sensações prejudicadas.	Risco para infecção
Ansiedade	A ansiedade pode ser resultante de inúmeras afecções físicas e também pode ser desencadeada por aborrecimentos, sofrimento ou perdas (PAULO; YASSUDA, 2010).	Ansiedade	Relacionada aos sofrimentos físicos, nervosismo em relação à condição de saúde e preocupações expressas em razão da mudança em eventos da vida.	Ansiedade
Acuidade visual diminuída no olho	A prevalência da deficiência visual nos	Percepção sensorial	Relacionada à recepção sensorial	Percepção sensorial

esquerdo e direito (Miopia – grau 2,5 - olho direito e esquerdo 3,5)	idosos é alta. A acuidade visual diminuída tem repercussões importantes na função visual e na capacidade funcional dos idosos (DE FENDI, 2008).	visual perturbada	alterada evidenciada pela mudança na acuidade visual diminuída.	visual perturbada
Tosse produtiva à noite	A tosse é um reflexo natural do aparelho respiratório que surge como consequência de um processo irritativo. Em muitos aspectos, esse reflexo é benéfico, pois ajuda a expulsar secreção ou corpos estranhos (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).	Risco de Resposta alérgica	Relacionado aos procedimentos pós-cirúrgicos ou resposta de fator desencadeante de alergia: medicamentos, alimentação ou exposição ambiental a alguma substância.	Risco de Resposta alérgica
Ingere pouco líquido em média 500ml/por dia.	No idoso, a menor sensação de sede ocorre pela disfunção cerebral ou pela diminuição da sensibilidade dos osmorreceptores, que são estruturas do corpo humano que recebem o estímulo da sede. Pouco consumo de água pelos idosos, associado ao uso de diuréticos, leva à desidratação e em casos extremos pode desencadear litíase (pedras no rim). Pode também acarretar cansaço, alterações no funcionamento do intestino e modificações na pele e cabelo (CARVALHO; ZANARDO, 2010).	Risco de volume de líquidos deficiente	Relacionado à deficiência de conhecimento, ao uso de diuréticos para hipertensão, aos fatores que influenciam as necessidades de líquidos (estados hipermetabólicos) e a idade.	Risco de volume de líquidos deficiente.
Usa bolsa de colostomia há oito anos, devido a câncer de Intestino.	O câncer do intestino grosso pode ser a causa mais frequente de obstrução no idoso. A colostomia é uma derivação intestinal onde se exterioriza o cólon na parede abdominal, formando	Distúrbio da imagem corporal.	Relacionada à mudança real na estrutura corporal.	Distúrbio da imagem corporal.

	<p>novo trajeto e local para a saída das fezes (que é chamado de estoma). Esse procedimento pode ser definitivo ou provisório, dependendo do tipo de tratamento e da severidade do tumor. Após a colostomia, o paciente utiliza bolsa especial para que suas fezes sejam coletadas (SANTOS, 2009).</p>			
Incontinência Urinária.	<p>A incontinência urinária (IU) é um dos maiores problemas de saúde que afeta o idoso, por conta de alterações funcionais e estruturais no sistema urinário, afetando-os no aspecto físico e psicológico, restringindo-lhes a independência e dignidade. Ainda predispõe as infecções perineais, genital, levando as macerações e rupturas de pele, facilitando a formação de úlceras de pressão, interferindo no sono e pode ser fator de risco para quedas (FREITAS; PY, 2006).</p> <p>A prevalência estimada da IU é de 38% a 55% para idosos institucionalizados (RODRIGUES et. al., 2007).</p>	Incontinência Urinária de Urgência	Relacionada ao uso de diuréticos, a hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratilidade da bexiga em razão da litíase e infecção urinária (causada pela proximidade da fístula com a uretra)	Incontinência Urinária de Urgência.
Independência neuromusculares-quelética modificada, usa bengala, ingere vários medicamentos (que provocam tontura e tremores),	<p>A estabilidade do corpo depende da recepção adequadas de: informações, componentes sensoriais, cognitivos, integrativos centrais (principalmente cerebelo) e</p>	Risco de quedas	Relacionado à idade, ao uso de bengala, dificuldades visuais, incontinência urinária, possíveis alterações na taxa de glicose (pós	Risco de quedas.

ausência de segurança no banheiro (não apresenta suporte de auxílio para efetivar banho de aspersão).	músculoesqueléticos, de forma altamente integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas a idade, doenças e meio ambiente inadequado parecem predispor às quedas (BUKSMAN et. al., 2008).		prandial) e ausência de suporte de auxílio no banheiro.	
---	--	--	---	--

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco de glicemia instável relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão e cefaleia;</p> <p>Encorajar a ingestão oral de líquidos;</p> <p>Identificar os riscos de hiperglicemia;</p> <p>Orientar a idosa quanto ao uso das medicações, os riscos e as possíveis interações;</p> <p>Encorajar a automonitoração dos níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Orientar a idosa e as pessoas significativas sobre o controle do diabete, inclusive o uso de agentes orais, a monitoração da ingestão hídrica, a reposição de carboidratos e o momento de buscar auxílio de profissional da saúde, quando necessário;</p> <p>Facilitar a adesão à dieta</p>	<p>Funções/estruturas metabólicas prejudicadas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos;</p> <p>Atividade/participação comprometida: ao cuidar da própria saúde, quanto aos sinais e sintomas do aumento nos níveis glicêmicos e pelo controle inadequado de medicamentos;</p> <p>Fatores ambientais prejudicados: quanto ao consumo de substâncias (alimentos) inadequadas, alterando os níveis glicêmicos;</p> <p>Fatores ambientais – atitudes dos profissionais de saúde da ILPI comprometido: necessidade de educação em saúde acerca das DCNT que podem surgir com o envelhecimento;</p> <p>Fatores pessoais prejudicados: idosa não busca esclarecimentos sobre o tratamento adequado à diabetes mellitus tipo II.</p>

	e ao regime de exercícios;	
Risco para infecção relacionado às defesas primárias (tecido traumatizado) e imunossupressão, à fístula enteroanal, à umidade no peritúo da fístula e sensações prejudicadas.	Controle da infecção; Cuidados da pele: com produtos tópicos; Controle de medicamentos; Supervisão da pele: Cuidados com o períneo, lesão e com a drenagem exsudativa; Controle da nutrição; Monitoração dos sinais vitais; Irrigação da lesão; Controle hidroeletrólítico; Redução da ansiedade e do estresse; Planejamento de dieta adequada para atender a demanda e desgaste físico.	Funções/Estruturas da pele alterada: presença de fístula enteroanal exsudativa; Função atividade/participação: cuidado pessoal comprometido, depende de auxílio de outra pessoa para realizar o curativo diário da fístula; Função atividade/participação: relação íntima alterada, devido à presença de uma fístula que manifesta odor fétido e umidade. Fatores ambientais: necessita do apoio de profissionais da saúde no período integral, já que o curativo da fístula é realizado três vezes ao dia.
Ansiedade relacionada aos sofrimentos físicos, nervosismo em relação à condição de saúde e preocupações expressas em razão da mudança em eventos da vida.	Redução da ansiedade; Grupos de apoio; Melhora de enfrentamentos; Controle do comportamento; Ensino: medicamentos prescritos; Controle do ambiente: aumento da segurança; Ensino: procedimento/tratamento; Monitoração dos sinais vitais; Prescrição de medicamentos;	Funções mentais, emocionais e de consciência alteradas devido aos sofrimentos físicos (doenças que causaram incapacidade e deficiências na condição de saúde). Estruturas relacionadas ao sistema nervoso prejudicado: ansiedade/nervosismo causados pelas mudanças físicas dolorosas. Atividades/participação restringidas: necessidade de profissional de saúde no período integral para atender as necessidades fisiológicas. Atividades/participação: da família, dos amigos, dos cuidadores comprometida: não a ajudam a buscar outros métodos e alternativas de enfrentamento que não sejam medicamentos.
Percepção sensorial visual perturbada relacionada à recepção	Controle do ambiente; Prevenção de quedas; Cuidados com os olhos;	Funções/Estruturas visuais alteradas: acuidade diminuída em ambos os olhos;

sensorial evidenciada acuidade diminuída.	alterada pela visual	Controle de medicamentos; Monitoração neurológica; Controle da nutrição; Monitoração oftalmológica;	Atividade/participação alterada: necessidade de produtos (óculos de correção) para desempenhar as atividades da vida diária.
Risco de alérgica relacionado aos procedimentos pós-cirúrgicos ou resposta de fator desencadeante de alergia: medicamentos, alimentação ou exposição ambiental a alguma substância.	Resposta	Controle de alergia; Controle do ambiente; Identificação do risco; Precauções ao uso de determinadas substâncias ou produtos que possam demandar a alergia; Ensino: indivíduo; Controle hídrico; Troca de informações sobre cuidados de saúde; Administração de medicamentos, conforme prescrição.	Funções/Estruturas imunológicas podem ser alteradas em virtude a um agente causador de alergias; Fatores ambientais/consumo pessoal: produtos ou substâncias utilizadas nas atividades diárias podem alterar as defesas imunológicas e desencadear uma resposta alérgica; Ambiente natural e mudanças ambientais podem alterar as defesas de um alérgico e acarretar uma resposta imunológica como: urticárias, rinites, resfriados e outros; Fatores pessoais: estilo de vida e condição física podem sofrer alterações em decorrência de alergia. E para isso se faz necessário educação, mudanças de hábitos e incentivos/apoio da família, amigos e profissionais da saúde para que o idoso possa enfrentar as limitações.
Risco de volume de líquidos relacionado à deficiência de conhecimento, ao uso de diuréticos para hipertensão, aos fatores que influenciam as necessidades de líquidos (estados hipermetabólicos) e a idade.	de	Controle hídrico; Monitoração hídrica; Monitoração dos sinais vitais; Controle de medicamentos; Cuidados das lesões; Controle de eletrólitos e da hipovolemia; Regulação hemodinâmica; Controle da nutrição;	Funções/Estruturas digestivas e urinárias alteradas: uso de diuréticos, pouca ingestão de água e o estado hipermetabólico. Atividade/participação: cuidado pessoal alterado devido ao pouco consumo de líquidos e a falta de conhecimento acerca dessa necessidade. Fatores ambientais modificados: uso de substâncias medicamentosas que interferem no equilíbrio hidroeletrólítico.

<p>Distúrbio da imagem corporal relacionada à mudança real na estrutura corporal (fístula enteroanal e presença de uma bolsa de colostomia).</p>	<p>Aconselhamento; Assistência no autocuidado; Aumento da segurança; Suporte emocional; Melhora de enfrentamento; Redução da ansiedade; Reestruturação cognitiva; Apoio à tomada de decisão; Terapia de grupo; Escutar ativamente; Supervisão: segurança Controle da dor; Melhora do sistema de apoio; Cuidados com a lesão: fístula enteroanal; Cuidados com ostomia;</p>	<p>Funções/Estruturas da pele alteradas: presença da fístula/enteroanal e colostomia; Funções de defecação alteradas, devido a um tumor intestinal, desencadeando uma mudança na estrutura e na aparência (bolsa de colostomia); Restrições nas atividades em relação ao cuidado pessoal: depende de auxílio para o monitoramento e cuidados com a lesão enteroanal; Atividade/participação alteradas: relação íntima, devido à presença de fístula enteroanal que drena secreção com odor fétido em média quantidade; Fatores Ambientais: necessita de produtos e substâncias para os cuidados com o ostoma e a fístula; Fatores pessoais comprometidos: lesão decorrente do tumor acarretou alterações na vida diária, internações subsequentes, necessitando de apoio permanente de profissionais da saúde nos cuidados com a fístula e nas questões emocionais para enfrentar as mudanças físicas;</p>
<p>Incontinência Urinária de Urgência relacionada ao uso de diuréticos, a hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratilidade da bexiga em razão da litíase e infecção urinária (causada pela proximidade da fístula com a uretra).</p>	<p>Controle da eliminação urinária; Controle da medicação; Controle do ambiente; Cuidados na incontinência urinária; Treinamento do hábito urinário; Cuidados com o períneo; Banho; Exercício para musculatura pélvica; Indução ao esvaziamento vesical;</p>	<p>Funções/Estruturas geniturinárias alteradas: incontinência urinária de urgência; Atividade/participação comprometida: falta de esclarecimento de como atuar frente a incontinência urinária; Atividade/participação/cuidado pessoal alterados, decorrentes da incontinência, que desencadeia a lavar-se todo momento pela perda involuntária de urina; Fatores Ambientais: necessita</p>

		de produtos e substâncias / (medicamentos) para manutenção (cuidados) das lesões do períneo e dos problemas originados da incontinência (umidade e infecção urinária).
Risco de quedas relacionado à idade, ao uso de bengala, dificuldades visuais, incontinência urinária, possíveis alterações na taxa de glicose (pós prandial) e ausência de suporte de auxílio no banheiro.	Controle da eliminação urinária; Controle do ambiente: segurança; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Assistência no autocuidado; uso do vaso sanitário; Controle da dor; Terapia com exercícios: Controle muscular; Promoção do exercício: treino para fortalecimento; Controle da eliminação urinária; Controle dos medicamentos; Promoção da mecânica corporal;	Funções neuromusculares e mobilidade modificadas.  Estruturas relacionadas aos movimentos alterados: dificuldades visuais, idade avançada, incontinência urinária e ausência de ambiente/banheiro seguro.  Atividades/participação: necessita se deslocar com bengala;  Fatores ambientais: ausência estrutura arquitetônica - do apartamento - que priorize o idoso na ILPI, que deve promover segurança e bem estar (ambiente/banheiro com suporte de apoio).  Fatores Pessoais modificados: necessidade de substâncias e produtos para auxiliar na mobilidade, na acuidade visual e no tratamento da incontinência urinária.

#### Caso 4

##### **Histórico de enfermagem segundo elementos da CIF (OMS, 2004)**

Idosa, 80 anos, aposentada, viúva, residente na ILPI há sete anos, em dormitório coletivo, dividido com mais três residentes, barreiras arquitetônicas, corredor que dá acesso aos banheiros há corrimão só do lado direito, iluminação inadequada. Ela tem duas filhas que residem no município, sempre a visitam e, auxiliam-na quando precisa. Refere cardiopatia há trinta anos, realizou cinco pontes de safenas, hipertensa (140X80mmHg), alérgica para algumas medicações e soluções para curativos (PVPI). Histórias de hospitalizações: cirurgia cardíaca e cesariana. Usa várias medicações, para: hipertensão, inibidores de agregação plaquetária, ansiedade, depressão, cápsulas gastrorresistentes, antidiabéticos, vasodilatadores, antibióticos e diuréticos, também faz uso de chás medicinais. Apresenta dificuldades para dormir, devido à ansiedade. Função cognitiva preservada obteve 26 pontos

no MEEM, às vezes tem esquecimentos de fatos recentes. Quanto às funções sensoriais: visão diminuída nos dois olhos (Miopia – grau 2,75/olho direito e esquerdo/3) e usa óculos. Pupilas fotoreagentes, isocóricas. Acuidade auditiva mantida no ouvido esquerdo, no direito ouve com dificuldade. Função gustativa conservada, apresenta prótese dentária (superior e inferior). Relata dor anginosa na região do peito, sensação de opressão que irradia para os ombros e pescoço, com intensidade moderada, que melhora, quando repousa (angina estável). Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 4s e mucosas normocoradas, dispneia, quando apresenta dor no peito e tosse seca à noite. Padrão respiratório 14mm. tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. preferência alimentar: arroz, feijão, saladas e frutas. Ingere em média um litro de água por dia. Peso dentro dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, 54kg com 1,50m de altura, correspondendo  $IMC=24/m^2$ . Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia com auxílio de óleo mineral. Vida sexual inativa. Sem alterações ginecológicas. Independência neuromuscularesquelética modificada, necessitando de bengala, estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSE, quanto o MSD apresenta paresia. Declara realizar atividade física três vezes por semana (caminhadas e fisioterapia). Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações; unhas limpas e saudáveis. Comunicativa e orientada quanto às linguagens verbais e escritas. Pratica o autocuidado e tem atenção especial com a saúde. Participa da vida comunitária, de atividades recreativas, desfruta dos direitos de cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia a saúde como moderada, devido à cardiopatia lhe comprometer a realizar algumas atividades, mas sua saúde mental como muito boa.

#### **Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004)**

Necessidades alteradas: idosa, 80 anos, mora na ILPI por achar-se bem assistida, no que se refere aos serviços de enfermagem (24 horas) e acreditar que não perturba os familiares, além de ser um ambiente condizente com a sua idade; o ambiente da ILPI apresenta duas barreiras arquitetônicas: ausência de luminárias em cada leito (dificultando a visibilidade noturna) e de corrimão num dos lados dos corredores; cardiopata há trinta anos; hipertensa (140X80mmHg); alérgica para alguns medicamentos e soluções para curativos (PVPI); Faz uso de polifarmácia; dificuldade para dormir, devido ansiedade; acuidade auditiva no ouvido direito diminuída; próteses dentárias superior e inferior; relata dor anginosa na região do peito, tipo: sensação de opressão que irradia para os ombros e pescoço, com intensidade moderada, que melhora, quando repousa (angina estável); dispneia, quando apresenta dor no peito e tosse seca à noite; Independência neuromuscularesquelética modificada, necessitando de bengala para deambular; MSD apresenta paresia.

#### **Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enferm.
---------------	------------	------------	-----------	----------------------------------

Idosa, 80 anos, hipertensa.	Doença crônica não transmissível é a expressão usada para designar patologias persistentes e que necessitam de cuidados permanentes. São exemplos frequentes das DCNT: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoartrose e câncer (HENRIQUE et. al., 2008).	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída.	Relacionado às patologias crônicas (hipertensão e Diabetes Mellitus tipo II).	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída
Barreiras arquitetônicas: ausência de corrimão em corredores e iluminação noturna inadequada.	A ILPI deve promover um ambiente livre de perigos e riscos para os residentes, conforme preconiza a ANVISA (FELICIANI et. al., 2011).	Risco de quedas	Relacionado a pouca iluminação noturna e inexistência de corrimões nos corredores para auxiliar no equilíbrio e na marcha do idoso.	Risco de quedas
Cardiopata há trinta anos; hipertensa (140X80mmHg);	As modificações que ocorrem no endotélio do idoso contribuem para o surgimento de doença aterosclerótica. A vasodilatação dependente do endotélio diminui com a idade e tem influência no desenvolvimento de DCV(doença cardiovascular). (WAJNGARTEN, 2010).	Perfusão tissular cardíaca diminuída	Relacionada à cirurgia cardíaca, hipertensão e ao processo de envelhecimento.	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

<p>Alérgica a alguns medicamentos e soluções para curativos (PVPI).</p>	<p>A alergia no idoso é um assunto que requer muito cuidado e atenção, já que nessa faixa etária utiliza-se da polifarmácia para atender várias doenças: cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórias, endócrinas, entre outras, facilitando para que aconteçam as reações de hipersensibilidade (FREITAS; PY, 2006).</p>	<p>Resposta alérgica</p>	<p>Relacionada ao uso de medicamentos e soluções para curativos – PVPI.</p>	<p>Resposta alérgica</p>										
<p>Uso de polifarmácia.</p>	<p>A vulnerabilidade dos idosos aos problemas decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento.</p> <p><small>Quadro 1. Fatores que afetam a vulnerabilidade do idoso aos fármacos.</small></p> <table border="1" data-bbox="507 1370 813 1792"> <tr> <td data-bbox="507 1370 587 1473">Farmacocinéticos</td> <td data-bbox="587 1370 813 1473">Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos eliminados por via renal ou com primeira passagem hepática. Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e acumulação.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1473 587 1563">Farmacodinâmicos</td> <td data-bbox="587 1473 813 1563">Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos e os que afetam a função cognitiva. Alteração dos mecanismos homeostáticos.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1563 587 1666">Capacidade Funcional</td> <td data-bbox="587 1563 813 1666">Defeitos visuais que condicionam dificuldade em ler as instruções ou os rótulos dos medicamentos. Defeitos auditivos que podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1666 587 1742">Capacidade Cognitiva</td> <td data-bbox="587 1666 813 1742">Dificuldade em recordar novas instruções. Adeção deficiente condicionada por problemas de memória ou de compreensão.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="507 1742 587 1792">Fatores Financeiros</td> <td data-bbox="587 1742 813 1792">Custo dos medicamentos pode interferir na adesão.</td> </tr> </table> <p><small>Fonseca Garcia, 2006.</small></p> <p>(SECOLI, 2010).</p>	Farmacocinéticos	Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos eliminados por via renal ou com primeira passagem hepática. Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e acumulação.	Farmacodinâmicos	Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos e os que afetam a função cognitiva. Alteração dos mecanismos homeostáticos.	Capacidade Funcional	Defeitos visuais que condicionam dificuldade em ler as instruções ou os rótulos dos medicamentos. Defeitos auditivos que podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações.	Capacidade Cognitiva	Dificuldade em recordar novas instruções. Adeção deficiente condicionada por problemas de memória ou de compreensão.	Fatores Financeiros	Custo dos medicamentos pode interferir na adesão.	<p>Proteção Ineficaz</p>	<p>Relacionada às terapias com medicamentos trombolíticos, antidepressivos, betabloqueadores, diuréticos de alça, vasodilatadores, corticosteroides, antibióticos, entre outros.</p>	<p>Proteção ineficaz</p>
Farmacocinéticos	Diminuição do funcionamento de órgãos, em especial nos fármacos eliminados por via renal ou com primeira passagem hepática. Diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda, que condiciona alterações na distribuição e acumulação.													
Farmacodinâmicos	Aumento da sensibilidade aos medicamentos, em especial anticolinérgicos e os que afetam a função cognitiva. Alteração dos mecanismos homeostáticos.													
Capacidade Funcional	Defeitos visuais que condicionam dificuldade em ler as instruções ou os rótulos dos medicamentos. Defeitos auditivos que podem contribuir para problemas em compreender instruções verbais ou explicações.													
Capacidade Cognitiva	Dificuldade em recordar novas instruções. Adeção deficiente condicionada por problemas de memória ou de compreensão.													
Fatores Financeiros	Custo dos medicamentos pode interferir na adesão.													

<p>Dificuldade para dormir devido a ansiedade</p>	<p>Ansiedade severa, bem como ansiedade relacionada com o cotidiano, pode manter o idoso alerta causando dificuldades para dormir. Alguns medicamentos podem lhes causar insônia: remédios para reduzir a pressão arterial; corticóides; antidepressivos; remédios para perder peso; beta-bloqueadores; antialérgicos; remédios para gripe (descongestionantes).</p>	<p>Insônia</p>	<p>Relacionada à ansiedade, evidenciada pelo sentimento de que o estado de saúde está diminuído e falta de energia, causado pelo envelhecimento.</p>	<p>Insônia</p>
<p>Acuidade auditiva do ouvido direito diminuída;</p>	<p>Como acontece com qualquer sistema orgânico, o ouvido sofre alterações com o envelhecimento natural. Os cílios (pelos), que revestem o canal auditivo, engrossam e endurecem com o processo de envelhecimento, podendo diminuir a acuidade auditiva. Além disso, existem células que detectam o som e acionam impulsos nervosos que viajam até o cérebro e permitem compreender a informação, que começam a degenerar depois dos 50 anos. Outras alterações ocorrem em nível da estrutura do ouvido, condicionando perda de audição no idoso, sendo a mais frequente a presbiacusia (alteração na estrutura do ouvido que dá origem a perda de audição, geralmente</p>	<p>Percepção sensorial auditiva perturbada</p>	<p>Relacionada à recepção sensorial alterada, evidenciada pela mudança na acuidade auditiva no ouvido direito.</p>	<p>Percepção sensorial auditiva perturbada</p>

	<p>para frequências elevadas, como sons mais agudos). A presbiacusia tem início a partir dos 50 anos e evolui lentamente, não tem cura; as próteses auditivas podem revelar-se úteis em algumas pessoas.</p> <p>Pode ainda ocorrer atrofia das glândulas presentes no ouvido, que provoca a secagem do cerúmen, o que leva a uma acumulação e oxidação, dando origem a diminuição da audição (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).</p>			
<p>Dor anginosa na região do peito, tipo: sensação de opressão que irradia para os ombros e pescoço, com intensidade moderada, que melhora, quando repousa - angina estável;</p>	<p>Angina é um desconforto precordial esquerdo ou subesternal, percebido como um “aperto” ou “peso” ou “pressão”. A dor pode ser irradiada para o pescoço, face ulnar do braço esquerdo, mandíbula, epigástrico e mais raramente para o dorso. Esta irradiação dolorosa acompanha o metâmero correspondente ao pericárdio e tem uma duração máxima de 20 minutos (ARAÚJO; MARQUES, 2007).</p>	Dor aguda	Relacionada a agentes lesivos biológicos evidenciados pelo relato de dor anginosa.	Dor aguda

Independência neuromusculares-quelética modificada, necessita de bengala; MSD apresenta paresia.	A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos, integrativos centrais (principalmente cerebelo) e músculoesqueléticos, de forma altamente integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas a idade, doenças e ambiente inadequado parecem predispor os idosos à queda (BUKSMAN et. al., 2008).	Risco de quedas	Relacionados a dificuldades auditivas, equilíbrio prejudicado, mobilidade prejudicada, ambiente pouco iluminado à noite e uso de bengala.	Risco de quedas
--	--	-----------------	---	-----------------

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada às patologias crônicas (hipertensão).	Controle de Medicamentos; Administração de medicamentos, conforme prescrição; Controle com a nutrição; Monitoramentos dos sinais vitais; Controle hidroeletrolítico; Redução da ansiedade; Promoção do exercício físico;	Funções/Estruturas cardiovasculares e metabólicas alteradas: hipertensão; Atividade/participação comprometida: necessita de auxílio de profissionais para avaliar e cuidar da terapia medicamentosa para hipertensão; Fatores ambientais alterados no que se referem ao consumo de produtos ou substâncias que necessitam de controle rigoroso (administração de medicamentos para que não haja alterações nos índices pressóricos). Fatores ambientais/Apoio: necessita de profissional da saúde para assisti-la nas 24 horas. Funções pessoais comprometidas: não adere à terapia nutricional prescrita adequadamente.
Risco de quedas relacionado a pouca iluminação noturna e inexistência de corrimões nos corredores	Controle do ambiente: segurança; Prevenção de quedas; Promoção da mecânica corporal;	Funções/Estruturas neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento alterado: depende de bengala e quando o ambiente não oferecer

<p>para auxiliar no equilíbrio e na marcha do idoso.</p>	<p>Terapia com exercícios; Controle muscular; Supervisão: segurança; Controle de medicamentos;</p>	<p>segurança; Atividade/Participação: mobilidade comprometida, depende de corrimãos e bengala para o equilíbrio. Fatores ambientais comprometidos: não há uma iluminação noturna adequada, dificultando a visibilidade e a transferência da idosa do dormitório para outro recinto, ausência de corrimãos de sustentação nos corredores; Projeto arquitetônico alterado, necessitando de avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.</p>
<p>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada à cirurgia cardíaca, hipertensão e ao processo de envelhecimento.</p>	<p>Controle de arritmias; Administração de medicamentos, conforme orientação médica; Controle de medicamentos; Controle da dor; Monitoração dos sinais vitais; Monitoração hídrica; Controle hidroeletrólítico;</p>	<p>Funções/Estruturas cardiovasculares alteradas: hipertensão e alterações cardíacas, angina e o próprio envelhecimento; Atividade/participação comprometida: necessita de auxílio integral nos cuidados à saúde, principalmente quanto na monitoração/administração medicamentosa; Fatores Ambientais: usa uma grande quantidade de medicamentos, desconhece os efeitos e as reações destes remédios.</p>
<p>Resposta alérgica relacionada ao uso de medicamentos e soluções para curativos – PVPI.</p>	<p>Controle da alergia; Controle do ambiente; Administração de medicamentos, conforme orientação médica; Ensino: individual; Monitoração dos sinais vitais; Identificação do risco e do fator que desencadeia a resposta de hipersensibilidade; Orientação quanto aos cuidados imediatos;</p>	<p>Função/Estrutura imunológica alterada: é alérgica e apresenta reações de hipersensibilidade a alguns medicamentos e a solução para curativos – PVPI; Fatores Ambientais modificados: usa produtos/medicamentos ou substâncias desencadeantes de reações de hipersensibilidade; Funções pessoais comprometidas: desconhece a substância que há em alguns medicamentos que pode lhe acarreta reação alérgica.</p>

<p>Proteção ineficaz relacionada às terapias com medicamentos trombolíticos, antidepressivos, betabloqueadores, diuréticos de alça, vasodilatadores, corticosteroides, antibióticos, entre outros.</p>	<p>Assistência no autocuidado; Cuidados com a interação medicamentosa; Monitoração dos medicamentos; Identificação de possíveis riscos; Supervisão;</p>	<p>Atividade/Participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos que usa; Fatores Ambientais; Produtos/Tecnologias: consumo pessoal de grande quantidade de substâncias medicamentosas; Déficit de orientação por parte dos profissionais de saúde acerca dos riscos que a idosa sofre quanto à utilização da polifarmácia.</p>
<p>Insônia relacionada à ansiedade, evidenciada pelo sentimento de que o estado de saúde está diminuído e falta de energia, causado pelo envelhecimento.</p>	<p>Encorajar a idosa a estabelecer rotina ao deitar, de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono; Auxiliar/eliminar situações estressantes antes do horário de dormir; Auxiliar a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado; Identificar os remédios para dormir que a idosa está utilizando; Regular os estímulos ambientais, de modo a manter os ciclos normais dia/noite. Orientar a enfrentar os fatores que contribuem para o distúrbio de sono como: problemas fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, fatores ambientais, entre outros que lhe causam preocupação e ansiedade.</p>	<p>Funções do sono alteradas: devido à ansiedade e sentimento de incapacidade física, desencadeada pelo envelhecimento. Atividade/participação: aprendizagem e conhecimento comprometido no que se refere a dificuldade de resolver os problemas emocionais e psicológicos quanto ao medo de envelhecer. Cuidado pessoal alterado: devido à dificuldade em estabelecer rotinas e técnicas para incrementar o sono. Inexistência de atitude por parte dos profissionais de saúde em oferecer informações sobre técnicas para incrementar o sono;</p>
<p>Percepção sensorial auditiva perturbada relacionada à recepção sensorial alterada,</p>	<p>Controle do ambiente; Controle dos medicamentos; Controle hídrico;</p>	<p>Função/Estrutura auditiva modificada: decorrentes do processo de envelhecimento; Atividade/participação alterada:</p>

<p>evidenciada pela mudança na acuidade auditiva no ouvido direito.</p>	<p>Melhora da autoestima; Cuidados com os ouvidos; Supervisão: segurança; Melhora do sono;</p>	<p>dificuldade de ouvir, de entender a comunicação (receber mensagens verbais) e interagir/relacionar com as pessoas; Fatores Ambientais: barreira auditiva, necessitando de produtos (próteses auditivas) para o desempenho na vida diária; O som do ambiente comprometido pela inadequação da ILPI e deficiência auditiva no ouvido direito. Fatores pessoais afetados: comprometimento auditivo no ouvido direito;</p>
<p>Dor aguda relacionada a agentes lesivos biológicos evidenciados pelo relato de dor anginosa.</p>	<p>Administração de medicamentos, conforme orientação médica; Controle do ambiente; Aumento da segurança; Melhora do sono; Promoção de conforto; Melhora de enfrentamento; Redução da ansiedade; Oxigenoterapia; Suporte emocional; Controle da nutrição; Monitoração dos sinais vitais; Toque terapêutico;</p>	<p>Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: cardiopatia e dor anginosa; Atividade/participação alteradas: dificuldade em desempenhar atividades como: cuidar da própria saúde, atividades domésticas, levantar e carregar objetos; Fatores ambientais: dor anginosa aguda, faz uso de substâncias (medicamentos) para amenizar tal desconforto físico; Ambiente/clima: mudanças na temperatura, como estações muito frias acarreta dor anginosa, necessidade de manter idosa aquecida; Fatores pessoais modificados: alterações cardiovasculares que impedem a idosa de realizar muitas atividades, em virtude da dor e das pontes safenas.</p>
<p>Risco de quedas relacionado a dificuldades auditivas, equilíbrio prejudicado, mobilidade prejudicada, ambiente pouco iluminado à noite e uso de bengala.</p>	<p>Assistência no autocuidado: transferência; controle de medicamentos; Controle do ambiente: segurança; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da Mecânica</p>	<p>Funções/Estruturas neuromusculares comprometidas: movimento alterado, devido às deficiências: auditivas, equilíbrio comprometido, necessitando de uso de bengala; Atividade/participação: mobilidade comprometida, já depende de corrimãos de apoio e</p>

	Corporal; Controle da dor; Terapia com exercícios: Equilíbrio transporte	bengala.  Fatores ambientais comprometidos: ausência de iluminação noturna adequada, dificultando a visibilidade e a transferência da idosa do dormitório para outro recinto, ausência de corrimãos de sustentação nos corredores;  Projeto arquitetônico alterado, necessitando de uma avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.
--	---	---

### Caso 5

#### Histórico de enfermagem segundo elementos da CIF (OMS, 2004)

Idosa, 90 anos, aposentada, separada, residente na ILPI há quatro anos, em dormitório coletivo, dividido com mais três residentes, barreiras arquitetônicas. No corredor que dá acesso aos banheiros há só um corrimão. A iluminação inadequada. Não tem filhos, quando necessita de ajuda solicita aos cuidadores da ILPI. Refere hipertensão há 20 anos (140X100mmHg). Usa várias medicações: hipertensivos, inibidores de agregação plaquetária, ansiolíticos, antidepressivos, cápsulas gastroresistentes, Ginkobiloba (fitoterápico - indicado para combater a perda de memória e dificuldades de concentração, além de ter ação anti-inflamatória, antioxidante, antifúngica, antibacteriana, antidepressiva) e diuréticos. Função cognitiva preservada obteve 24 pontos no MEEM. Quanto às funções sensoriais: visão diminuída nos dois olhos (Miopia – grau 2,85/olho direito e esquerdo 2) e usa óculos. Pupilas fotoreagentes, isocóricas. Acuidade auditiva e olfativa mantidas. Função gustativa conservada, apresenta prótese dentária superior e inferior. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas. Padrão respiratório 12mm; tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar: arroz, batata frita, bife frito e salada; ingere em média de um litro de água por dia. Peso demonstra parâmetros dos índices de massa corporal alterado - sobrepeso, 75kg com altura de 1,60m, correspondendo IMC=29/m<sup>2</sup>. Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia. Vida sexual inativa. Sem alterações ginecológicas. Independência neuromuscularesquelética mantida. Estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs; não realiza atividade física, caminha, quando uma sobrinha vem lhe visitar. Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações. Unhas limpas e saudáveis. Comunicativa e orientada quanto à Linguagem verbal e escrita. Pratica o autocuidado e tem atenção especial com a saúde. Participa da vida comunitária, de atividades recreativas, desfruta dos direitos de cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia sua saúde como moderada, devido à hipertensão e a saúde mental como muito boa.

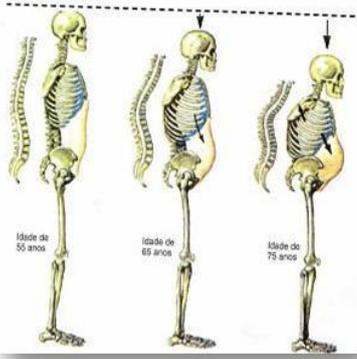
#### Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004).

Necessidades alteradas: idosa, 90 anos, mora na ILPI há quatro anos, não tem filhos e
---

nenhum familiar que possa assumi-la. A instituição apresenta algumas barreiras arquitetônicas que pode predispor acidentes, não disponibiliza de corrimãos laterais de apoio em ambos os lados e a iluminação noturna inadequada. Hipertensa (140X100 mmHg). Faz uso de polifarmácia; demonstra sobrepeso de acordo com os parâmetros de massa corporal; sedentarismo.

### Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 90 anos, sem filhos e familiares para lhe prestar auxílio;	A idade e a ausência do convívio familiar e o fato de sentirem-se isolados em um ambiente que não lhe é seu lar, vai afetando os sentimentos e contribuindo para desencadeamento de doença depressiva. A família tem um papel indispensável no cuidado do idoso, devendo se fazer presente no local de residência do idoso, mesmo ele estando em uma ILPI (SANTOS et. al., 2010).	Risco de solidão	Relacionado a isolamento social e falta de energia.	Risco de Solidão
Barreiras arquitetônicas que pode predispor acidentes, ausência de corrimãos laterais de apoio em ambos os lados e a iluminação noturna inadequada.	Não basta ao idoso institucionalizado ter um ambiente acessível, as pessoas envolvidas precisam ter conscientização quanto a usabilidade, visto que os riscos ergonômicos podem acontecer não somente por uma condição insegura como por um ato inseguro. Evitar riscos ergonômicos é de fundamental importância para prevenção das quedas em idosos. Com o avanço da idade, percebe-se uma alteração da capacidade funcional. A partir dos 60 anos existe uma diminuição considerável da amplitude da passada, debilidade na rotação pélvica e debilidade na movimentação dos braços com diminuição da mobilidade escapular, dificultando a marcha (VALE et. al. 2006);	Risco de quedas	Relacionada às barreiras arquitetônica (inexistência de corrimãos laterais nos corredores e iluminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna) e a idade avançada.	Risco de quedas

				
Hipertensão	Com o envelhecimento, a PAS sofre elevação contínua até a 8ª ou 9ª décadas, em torno de 25 a 35 mmHg, principalmente devido a diminuição da elasticidade dos grandes vasos. A PAD aumenta 10 a 15 mmHg até a 6ª década, para então se estabilizar ou reduzir-se gradativamente (JOBIM, 2008).	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Relacionado à hipertensão.	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
Uso de polifarmácia	A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas, favorecendo as interações medicamentosas, reduzindo a adesão ao tratamento e elevando a morbimortalidade da pessoa idosa (SECOLI, 2010).	Proteção Ineficaz	Relacionada ao uso de terapia de múltiplos medicamentos.	Proteção Ineficaz
Sobrepeso de acordo com os parâmetros de massa corporal	O excesso de peso é recorrente nos idosos, gerando a predominância do desvio nutricional sobre a eutrofia. O efeito de alimentação inadequada, gerada por <i>déficit</i> ou excessos de nutrientes, reflete quadro de má nutrição. Os quilos extras atingem 55,9% das idosas, contra 44,6% dos idosos. O sedentarismo, problemas hormonais e má alimentação podem ser a causa deste sobrepeso, mas, preciso ficar alerta, pelas graves consequências: hipertensão, AVC, infarto, incapacidade de movimentação, diabetes, entre outras (QUEIROZ; MUNARO, 2008).	Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais	Relacionada pela ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciada pela ausência de atividades, sedentarismo.	Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais.
Sedentarismo	O índice de sedentarismos em idosos institucionalizados proporciona uma considerável perda na mobilidade funcional, contribuindo para uma prevalência de morbidades com sofrimento e custos elevados tanto econômicos como social (ALFIERI et. al.2009).	Estilo de vida sedentário	Relacionado à falta de motivação, interesse e desconhecimento sobre os benefícios que	Estilo de vida sedentário.

			atividade física traz à saúde.	
--	--	--	--------------------------------	--

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco de Solidão	Aconselhamento; Controle do ambiente; Controle de energia; Melhora de enfrentamento; Aumento da socialização; Promoção da integridade familiar; Promoção de envolvimento familiar e de amigos; Redução da ansiedade; Suporte emocional; Treinamento da assertividade; Trabalho em grupo de apoio;	Funções emocionais prejudicadas pela inexistência de vínculos familiares; Atividade/Participação quanto às relações familiares alteradas, devido os poucos membros que constituem tal laço afetivo não demonstrarem interesse em assumir o vínculo com a idosa, segundo o relato espontâneo da mesma; Fatores Ambientais comprometidos no que se refere apoio e relacionamento dos familiares em relação à idosa; Atitudes familiares alteradas, pois há demonstrações de desapego em relação a idosa; Fatores pessoais afetados pela falta de apoio de familiares.
Risco de quedas relacionada às barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimões laterais nos corredores e iluminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna) e a idade avançada.	Controle de medicamentos; Controle do ambiente; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da Mecânica corporal; Assistência no autocuidado; Supervisão: segurança; Promoção de exercício: equilíbrio e transporte	Funções/estruturas neuromusculoesqueléticas comprometidas: inexistência de corrimões laterais nos corredores e luminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna, idade avançada.  Atividade/participação: mobilidade comprometida, pois depende de corrimãos de apoio para o equilíbrio.  Fatores ambientais comprometidos: iluminação noturna inadequada, dificultando a visibilidade e a transferência do idoso do dormitório para outro recinto, ausência de corrimãos de sustentação nos corredores;  Projeto arquitetônico inadequado, necessitando de avaliação e

		readaptação às normas que ANVISA preconiza.
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada à hipertensão.	Controle de arritmias; Administração de medicamentos, conforme orientação médica; Controle de medicamentos; Monitoração dos sinais vitais; Monitoração hídrica; Controle hidroeletrólítico;	Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: hipertensão e o próprio envelhecimento; Atividade/participação comprometida: cuidado pessoal em relação à saúde, necessitando de auxílio integral na monitoração/administração medicamentosa para hipertensão; Fatores ambientes: usa uma grande quantidade de medicamentos, desconhece os efeitos/interações.
Proteção Ineficaz relacionado ao uso de terapia de múltiplos medicamentos.	Assistência no autocuidado; Cuidados com a interação medicamentosa; Monitoração dos medicamentos; Identificação de possíveis riscos; Supervisão;	Atividade/participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos que usa; Fatores ambientais – produtos/tecnologias: consumo pessoal de grande quantidade de substâncias medicamentosas; <i>Déficit</i> de orientação por parte dos profissionais de saúde da ILPI, acerca dos riscos que a idosa sofre quanto à polifarmácia.
Nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais relacionadas pela ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciada pela ausência de atividades e sedentarismo.	Aconselhamento nutricional; Assistência para perder peso; Controle de distúrbios alimentares; Modificação do comportamento; Monitoração nutricional; Promoção de exercícios; Ensino: individual Redução da ansiedade; Terapia nutricional;	Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos; Atividade/participação - cuidado pessoal alterado, já que consome mais alimentos que as necessidades metabólicas e apresenta um padrão de atividade sedentário; Fator ambiental comprometido: faz uso de excesso de substâncias (alimentos). Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso e da inatividade física.
Estilo de vida sedentário relacionada à falta de motivação, interesse e desconhecimento sobre os benefícios que atividade física traz à saúde.	Assistência no autocuidado; Controle de energia; Ensino: atividade/exercício; Controle da nutrição; Controle de medicamentos; Promoção de exercícios; Terapia com exercícios: controle muscular Controle do ambiente: conforto Monitoração dos sinais vitais;	Funções de impulso e energia alterados, devido à idade avançada, motivação e desconhecimento sobre os benefícios de se praticar atividade física; Atividade/participação comprometidos: falta de: motivação, energia e desconhecimento em cuidar da própria saúde. Fatores ambientais alterados: falta de interesse em utilizar produtos de

		atividade física para auxiliar nos exercícios e para redução do peso. Fatores pessoais alterados: falta de motivação decorrente: da idade, da falta de vínculos familiares e do desconhecimento sobre a importância da atividade física na vida do idoso.
--	--	---

## Caso 6

### Histórico de enfermagem segundo os elementos da CIF (OMS, 2004)

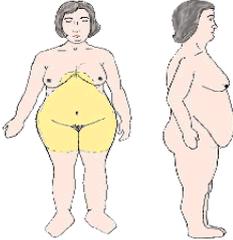
Idoso, 73 anos, aposentado, solteiro, residente na ILPI há oito anos, em dormitório coletivo, dividido com mais três residentes, barreiras arquitetônicas: no corredor que dá acesso aos banheiros há corrimão só do lado direito. Iluminação inadequada. Sem filhos, quando necessita de ajuda solicita aos cuidadores da ILPI. Usa medicações, para: ansiedade, depressão, cápsulas gastroresistentes e polivitaminas. Função cognitiva preservada obteve 28 pontos no MEEM. Quanto às funções sensoriais: visão diminuída nos dois olhos (Miopia – grau 2/olho direito e esquerdo 2,25) e usa óculos. Pupilas fotoreagentes, isocóricas. Acuidade auditiva e olfativa mantida. Função gustativa conservada, com próteses dentárias superior e inferior. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas. Padrão respiratório 13mm; tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar por comida caseira. Ingere em média um litro de água por dia. Peso dentro dos índices de massa corporal alterado: sobrepeso, 64kg com altura de 1,70m, correspondendo IMC=22,14/m<sup>2</sup>. Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia. Vida sexual inativa. Há três anos realizou uma intervenção cirurgia de prostactomia (hiperplasia prostática: aumento do volume total da próstata após uma proliferação das células epiteliais e do estroma, podendo ser iniciado pela ação de androgênios, hormônio característico do organismo masculino). Independência neuromuscularesquelética mantida. Estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs; caminhadas. Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações. Unhas limpas e saudáveis. Comunicativo e orientado quanto às linguagens verbais e escrita. Pratica o autocuidado e tem atenção especial com a saúde. Participa da vida comunitária, de atividades recreativas, desfruta dos direitos de cidadão. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia a saúde como moderada, devido a idade e a saúde mental como muito boa.

### Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004)

Necessidades alteradas: idoso, 73 anos, mora na ILPI há oito anos, não tem filhos e nenhum familiar que possa cuidá-lo; A instituição apresenta algumas barreiras arquitetônicas que predispõe aos acidentes, não disponibiliza de corrimãos laterais de apoio em ambos os lados e a iluminação noturna é inadequada; Faz uso de polifarmácia; apresenta sobrepeso.
---

### Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do Diag.de Enf.
Idoso, 73 anos sem filhos e familiares para lhe prestar auxílio;	A idade e ausência do convívio familiar, o fato de sentirem-se isolados em um ambiente que não o lar, pode afetar os sentimentos e contribuir para a depressão. O idoso precisa de uma relação direta, estreita e duradoura com a família, que é o eixo de significância para o cotidiano e nela que o idoso realiza as relações afetivas e significantes; espera a segurança e apoio necessário para que continue vivendo a velhice autonomamente, de modo que seja bem sucedida. O idoso espera manter os espaços vitais que lhe permitam privacidade, aconchego e preservação da própria história. A família tem papel indispensável no cuidado do idoso, devendo se fazer presente mesmo na ILPI (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).	Manutenção do lar prejudicado	Relacionada à organização familiar insuficiente evidenciada por ausência de familiares, que possam cuidá-lo.	Manutenção do lar prejudicado.
A ILPI apresenta barreiras arquitetônicas que podem predispor aos acidentes, não disponibiliza de corrimãos laterais de apoio em ambos os lados e a iluminação noturna é inadequada.	As quedas constituem um grande fator de risco para a ocorrência de fraturas, gerando complicações severas para o idoso. A prevenção de quedas deve ser um objetivo de toda a equipe de saúde das ILPIs, que devem estar atentos aos riscos presentes no ambiente em que vive o idoso. Devem ser removidas todas as barreiras arquitetônicas que ofereçam dificuldade de deslocamento ao idoso, como: móveis dispostos nas áreas de circulação, degraus, escadas, além de pisos escorregadios, tapetes, e outras (SIQUEIRA et. al., 2009).	Risco de quedas	Relacionada às barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimãos laterais nos corredores e ausência de luminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna) e idade avançada.	Risco de quedas.

Faz uso de polifarmácia	O uso correto das medicações entre os idosos e medidas que visem à melhoria das condições de vida representam uma necessidade. A identificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnoses, poderá trazer contribuições para a melhoria do cuidado, visto que pode direcionar os cuidados e fortalecer a atuação profissional nos aspectos relacionados às especificidades da enfermagem (MARIN et. al. 2010).	Proteção Ineficaz	Relacionada ao uso de terapia de múltiplos medicamentos (gastroresistentes, antidepressivos, ansiolítico, polivitaminas e outros).	Proteção Ineficaz.
Abdome globoso - sobrepeso	<p>Quando o intestino passa a ser local de digestão fermentativa, há um acúmulo de alimentos, líquidos e gases em toda a extensão, promovendo aumento do volume intestinal a pressionar a parede abdominal.</p> <p>Num primeiro momento, ocorre retenção de gases, onde o abdome fica globoso, distendido também no andar superior, como uma bola insuflada. Com a evolução do desequilíbrio, as alças intestinais ficam mais pesadas e pressionam o abdome inferior (abdome em avental). Apresento o quadro de retenção de gases e fezes.</p>  <p>É comum ouvir um idoso glutão, com abdome volumoso, dizer que tem ótima digestão, pois come qualquer coisa e nunca passa mal. Ele não se sente mal porque já perdeu todos os reflexos que levam a pessoa a se sentir mal quando come em excesso, como os reflexos gástricos de saciedade e outros. Neste caso, o alimento passa direto pelo estômago e duodeno e vai passar pelo processo de digestão</p>	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição; abdome globoso.	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

	fermentativa no lamaçal que se tornou o intestino (MANCINI et. al., 2008).			
--	--	--	--	--

### Quadro 3 – Proposta de Cuidado de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Manutenção do lar prejudicado relacionado a organização familiar insuficiente evidenciada por ausência de familiares, que possam cuidá-lo.	Assistência no autocuidado: atividades essenciais na vida diária; Aconselhamento; Controle do ambiente; Controle de energia; Ensino: indivíduo	Atividade/participação: relações familiares alteradas, ausência de laço afetivo e vínculo. Fatores ambientais comprometidos: falta de apoio e relacionamento dos familiares. Atitudes de desinteresse de compartilhar vínculos familiares para com a idosa. Fatores pessoais: falta de vínculos familiares.
Risco de quedas relacionadas às barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimões laterais nos corredores e ausência de luminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna) e idade avançada.	Controle de medicamentos; Controle do ambiente; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da Mecânica corporal; Assistência no autocuidado; Supervisão: segurança; Promoção de exercício: equilíbrio e transporte	Funções/estruturas neuromusculoesqueléticas comprometidas: barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimões laterais nos corredores e ausência de luminárias nos leitos para facilitar a visibilidade noturna) e a idade avançada.  Atividade/participação: mobilidade comprometida, já que depende de corrimões de apoio para o equilíbrio.  Fatores ambientais comprometidos: iluminação noturna inadequada, dificultando a visibilidade e a transferência do idoso do dormitório para outro recinto e ausência de corrimões de sustentação nos corredores;  Projeto arquitetônico inadequado: necessita de avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.
Proteção Ineficaz relacionado ao uso de terapia de múltiplos medicamentos (gastroresistentes, antidepressivos, ansiolítico, polivitaminas e outros).	Assistência no autocuidado; Cuidados com a interação medicamentosa; Monitoração dos medicamentos;	Atividade/participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos que faz uso; Fatores ambientais – Produtos/tecnologias: consumo pessoal de grande quantidade de substâncias medicamentosas;

	Identificação de possíveis riscos; Supervisão;	<i>Déficit</i> de orientação por parte dos profissionais de saúde da ILPI acerca dos riscos do idoso quanto o uso de polifarmácia.
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição; abdome globoso.	Aconselhamento nutricional; Assistência para eliminar peso; Controle de distúrbios alimentares; Modificação do comportamento; Monitoração nutricional; Promoção de exercícios; Ensino: indivíduo Redução da ansiedade; Terapia nutricional;	Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos; Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, se alimenta a mais do que as necessidades metabólicas; Fator ambiental comprometido: usa várias substâncias (alimentos). Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso.

### Caso 7

#### Histórico de enfermagem segundo os elementos da CIF (OMS, 2004)

Idosa, 86 anos, solteira, aposentada, residente na ILPI há um ano, apartamento/banheiro com barreiras arquitetônicas - ausência de suporte de auxílio no banheiro. Não tem filhos, tem uma sobrinha que a visita com regularidade e participa de sua vida diária. Refere hipertensão (150X100mmHg), labirintite, ICC há dez anos e glaucoma há três anos. Última hospitalização em 2011, devido aumento da pressão arterial, que desencadeou isquemias coronarianas. Faz uso de medicações para: hipertensão, inibição da agregação plaquetária, depressão e ainda vasodilatadores, ansiolítico, anti-vertiginoso, solução oftalmológica e auxiliar na circulação. Alega dificuldade para dormir, devido a ansiedade. Função cognitiva (consciência, orientação no tempo/espaço, capacidades psicossociais, temperamento, personalidade, atenção, questões emocionais, percepção, linguagem, pensamento e funções mentais para sequencia de movimentos complexos) preservados obteve 28 pontos no MEEM, alega que às vezes, tem esquecimentos de fatos contemporâneos. Quanto às funções sensoriais: apresenta acuidade visual diminuída tanto no olho esquerdo como direito (Miopia – grau 4- olho direito e esquerdo 3,25) usa óculos, pupilas fotoreagentes, isocóricas, acuidade auditiva diminuída nos dois ouvidos. Função gustativa (amargo, doce, ácida e o salgado) conservada, apresenta prótese dentária superior e inferior. Ausência de dificuldades/problemas olfativos, proprioceptivos, táteis e sensoriais/temperatura. Dor na coluna – região lombar. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas, eupneica. Padrão respiratório 14mm; tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar: macarrão. Ingere uma média de 3l de água por dia. Peso dentro dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, 61kg e altura de 1,75m, correspondendo IMC=19,92kg/m<sup>2</sup>. Abdome globoso com ruídos hidroaéreos presentes. Constipação, sendo necessária intervenção medicamentosa para evacuar e, mesmo assim a dificuldade persiste. Vida sexual inativa. Sem alterações ginecológicas, não tem realizado exames preventivos. Funções

neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento sem alterações, independência modificada, necessita de auxílio para descer escada por conta da labirintite. Estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs. Realizar atividade física três vezes por semana (caminhadas e exercícios ergométricos). Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações; unhas sem sujidades e fungos. Comunicativa e orientada no que se refere a linguagem verbais e escritas; cuida da própria saúde e do autocuidado. Participa da vida comunitária, atividade recreativa, desfruta dos direitos como cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a vida. Avalia sua saúde como ruim, devido às alterações físicas provocadas pelo envelhecimento e saúde mental como muito boa.

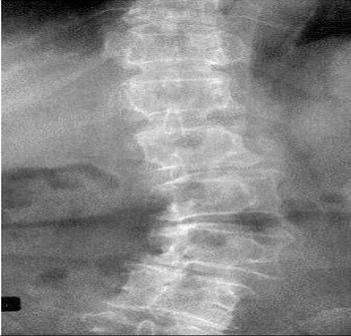
**Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004)**

Necessidades alteradas: idosa, 86 anos, no dormitório falta corrimão auxiliar e no banheiro ausência de suporte. Hipertensa (150X100 mmHg), tem glaucoma e ICC. Faz uso de múltiplos medicamentos – polifarmácia. Relata insônia, devido ansiedade. Refere dor na coluna lombar. Abdome globoso, devido à constipação. Independência modificada, necessitando o mínimo de auxílio, devido à labirintite.

**Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Diag. Enf.
Idosa, 86 anos, residente em dormitório exclusivo, com ausência de suporte no banheiro.	Mobilidade física é definida como a habilidade do movimento humano independente e intencional em todo o ambiente. Na presença de barreiras/obstáculos, o ambiente pode restringir a participação do idoso na sociedade, desencadeando isolamento social, ansiedade e depressão (MONTEIRO; FARO, 2010). Um corrimão para garantir uma perfeita pega tem o diâmetro variando entre 3 cm a 4,5 cm.	Risco de quedas	Relacionada às barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimão auxiliar no banheiro) e a idade avançada.	Risco de quedas.
				

Hipertensão, glaucoma e ICC.	O idoso enfrenta época de profundas mudanças sobre vários aspectos como: alterações nos planos emocionais ou psicológicos, na rede social, nos aspetos físicos entre outros. No plano físico, o corpo se modifica, podem surgir DCNT, bem como alterações no apetite e sono, perturbações da memória, perda de processamento visual e auditivo, comprometimentos cognitivos e funcionais (BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007).	Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída	Relacionada à hipertensão, glaucoma e ICC.	Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída.
Faz uso de polifarmácia	Os prejuízos e desfechos negativos do uso de medicamentos pelos idosos são bem reconhecidos e estudados. A frequência de eventos adversos relacionados aos medicamentos é maior na velhice, aumentando de acordo com a complexidade da terapia. O risco de ocorrência aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos (SECOLI, 2010).	Proteção Ineficaz	Relacionada à terapia com medicamentos: antiplaquetários, vasodilatadores, trombolíticos, antidepressivos, ansiolíticos, gastrorresistentes, laxantes, entre outros.	Proteção Ineficaz.
Insônia, devido ansiedade.	Os fatores que podem levar o idoso a apresentar alterações no sono são: diminuição da capacidade de dormir; aumento dos problemas respiratórios durante o sono; aumento da atividade mioelétrica noturna; mudanças da fase do sono; perturbações neuropsiquiátricas como depressão e demência; dor e limitação de	Insônia	Relacionada à ansiedade, provocada pelas: algias lombares, sentimento de que o estado de saúde está diminuído pela ICC e falta de energia, decorrente ao envelhecimento.	Insônia.

	<p>mobilidade (algias lombares); hábitos errados de sono; refluxo gastroesofágico, ICC, causas iatrogênicas; causas ambientais adversas (WANNMACHER, 2007).</p>			
<p>Refere dor na coluna lombar;</p>	<p>A dor lombar também conhecida como lombalgia ou lombociatalgia (porque acomete o nervo ciático) é a segunda causa mais frequente de incapacidades dos idosos, superada apenas pelas cefaléias (SEDREZ; CELICH, 2009).</p> 	<p>Dor Crônica</p>	<p>Relacionada às lombalgias.</p>	<p>Dor crônica.</p>
<p>Abdome globoso, devido à constipação.</p>	<p>A <b>constipação intestinal</b>, ou prisão de ventre atinge cerca de 20% da população mundial, segundo a OMS e entre os mais queixosos estão as mulheres e os idosos. Significa fezes duras e pequenas, eliminadas com pouca frequência e com excessivo esforço. Os principais fatores que causam a constipação são a falta de fibra na alimentação, pouca ingestão de água, sedentarismo, limitações nos movimentos do corpo e alimentos que causem o ressecamento das fezes, como o chocolate. Doenças endócrinas (hipotireoidismo), diabetes e a insuficiência renal crônica podem causar a prisão de ventre</p>	<p>Motilidade Gastrintestinal disfuncional</p>	<p>Relacionada a agentes farmacêuticos, ansiedade e envelhecimento, evidenciada pelo abdome globoso e pela dificuldade de eliminar fezes.</p>	<p>Motilidade Gastrintestinal disfuncional</p>

	(MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).			
Independência modificada, necessitando o mínimo de auxílio, devido à labirintite.	As quedas podem estar relacionadas à condição física da pessoa como uma DCNT, exemplo, a labirintite, que se caracteriza por uma desordem do equilíbrio no corpo e que traz problemas como zumbidos no ouvido, vertigens e tonturas e é responsável por uma doença que acontece no labirinto (região que fica dentro do ouvido, responsável principalmente pelo equilíbrio, postura e orientação do corpo). (MIRANDA et. al. 2010).	Mobilidade física prejudicada	Relacionada ao equilíbrio prejudicado, evidenciado pela labirintite.	Mobilidade física prejudicada.

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco de quedas relacionadas às barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimão auxiliar no banheiro) e a idade avançada.	Controle de medicamentos; Controle do ambiente; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da Mecânica corporal; Assistência no autocuidado; Supervisão: segurança; Promoção de exercício: equilíbrio e transporte	Funções/estruturas neuromusculares alteradas: barreiras arquitetônicas (inexistência de corrimãos) e idade avançada.  Atividade/participação: mobilidade comprometida, depende de corrimãos de apoio para o equilíbrio.  Fatores ambientais comprometidos: ausência de corrimãos nos corredores;  Projeto arquitetônico alterado da ILPI, necessitando de uma avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.
Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída relacionada à hipertensão, glaucoma e ICC.	Controle hidroeletrólítico; Monitoração dos sinais vitais; Cuidados cardíacos Monitoração	Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: pressão alta e alterações cardíacas - ICC, glaucoma e o próprio envelhecimento; Atividade/participação

	<p>respiratória; Precauções cardíacas; Precauções circulatórias; Administração de medicamentos, conforme orientação médica;</p>	<p>comprometida: descuido pessoal quanto à saúde, necessitando de auxílio integral na monitoração/administração medicamentosa; Fatores ambientes: usa uma grande quantidade de substâncias (medicamentos). Desconhece os seus efeitos e também suas reações.</p>
<p>Proteção Ineficaz relacionada à terapia com medicamentos: antiplaquetários, vasodilatadores, trombolíticos, antidepressivos, ansiolíticos, gastrorresistentes, laxantes, entre outros.</p>	<p>Assistência no autocuidado; Cuidados com a interação medicamentosa; Monitoração dos medicamentos; Identificação de possíveis riscos; Supervisão;</p>	<p>Atividade/participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos que usa; Fatores Ambientais – Produtos/tecnologias: consumo pessoal de grande quantidade de substâncias medicamentosas; <i>Déficit</i> de orientação por parte dos profissionais de saúde da ILPI acerca dos riscos que a idosa sofre quanto o uso de polifarmácia.</p>
<p>Insônia relacionada à ansiedade, provocada pelas: algias lombares, sentimento de que o estado de saúde está diminuído pela ICC e falta de energia, decorrente ao envelhecimento.</p>	<p>Encorajar a idosa a estabelecer rotina ao deitar, de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono; Auxiliar/eliminar situações estressantes antes de dormir; Auxiliar a idosa a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado; Identificar os remédios para dormir que a idosa está utilizando; Regular os estímulos ambientais, de modo a manter os ciclos normais dia/noite. Orientar a idosa a enfrentar os fatores que contribuem para o distúrbio de sono como:</p>	<p>Funções do sono alteradas: ansiedade e sentimento de incapacidade física, desencadeada pelo envelhecimento. Atividade/participação: aprendizagem e conhecimento comprometido no que se refere dificuldade para resolver problemas emocionais e psicológicos. Cuidado pessoal alterado, devido à dificuldade da idosa em estabelecer rotinas e técnicas para incrementar o sono. Inexistência de atitude por parte dos profissionais de saúde em oferecer informações sobre técnicas para incrementar o sono;</p>

	<p>problemas fisiológicos (ICC, algias lombares) psicológicos (sentimento de perda de energia, decorrente da idade), estilo de vida, fatores ambientais, entre outros que lhe causam preocupação.</p>	
<p>Dor crônica relacionada às lombalgias.</p>	<p>Administração de medicamentos, conforme orientação médica;          Controle do ambiente;          Aumento da segurança;          Melhora do sono;          Promoção de conforto;          Melhora de enfrentamento;          Redução da ansiedade;          Oxigenoterapia;          Suporte emocional;          Controle da nutrição;          Monitoração dos sinais vitais;          Toque terapêutico;</p>	<p>Funções/estruturas neuromusculoesquelético alteradas: dor lombar;          Atividade/participação alteradas: dificuldade em desempenhar atividades como: cuidar da própria saúde, atividades domésticas, a levantar e carregar objetos, devido a dor lombar;          Fatores ambientais: em decorrência da lombalgia, se faz necessário uso de substâncias (medicamentos) para amenizar tal desconforto físico;          Ambiente/clima –          Fatores pessoais modificados: dor lombar, já que muitas atividades a idosa ficou impossibilitada de realizar.</p>
<p>Motilidade Gastrintestinal disfuncional relacionada a agentes farmacêuticos, ansiedade e envelhecimento, evidenciada pelo abdome globoso e pela dificuldade de eliminar fezes.</p>	<p>Monitorar os movimentos intestinais, inclusive frequência, consistência, forma, volume e cor das fezes;          Monitorar os sons intestinais;          Verificar presença dos sinais e sintomas da constipação, observando em relação a quantidade de dias;          Orientar em relação aos alimentos que auxiliam na promoção da regularidade intestinal;          Orientar os cuidadores, familiares e a idosa a observar/registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes;          Inserir supositório retal,</p>	<p>Funções/estruturas digestivas e metabólicas alteradas: constipação;          Atividade/participação modificadas: eliminação intestinal infrequente;          Fatores ambientais modificados: uso de substâncias (medicamentos) que interferem e alteram a motilidade intestinal;          Falta de atitude dos profissionais da saúde da ILPI em esclarecer sobre os fatores que possam auxiliar/eliminar sintomas da constipação;          Fatores pessoais prejudicados: desconhecimento acerca dos medicamentos que podem alterar a motilidade intestinal;</p>

	<p>se prescrito;          Iniciar programa de treinamento intestinal, se apropriado;          Encorajar a idosa a ingestão de alimentos ricos em fibras, se apropriado;          Oferecer líquidos quentes, após as refeições, se apropriado;          Avaliar o perfil dos medicamentos em relação aos efeitos gastrintestinais secundários;</p>	
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada ao equilíbrio prejudicado, evidenciado pela labirintite.</p>	<p>Assistência no autocuidado;          Controle de energia;          Controle do ambiente;          Ensino: atividade/exercício prescrito;          Promoção do exercício;          Terapia com exercício: equilíbrio;          Prevenção de quedas;          Supervisão: Segurança;</p>	<p>Funções/estruturas neuromusculares alteradas: labirintite;          Atividade/participação modificadas: instabilidade no equilíbrio (labirintite, interferindo quanto a levantar e carregar objetos, andar, utilizar transporte tipo avião e dirigir veículos);          Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, já que banhar-se, caminhar, realizar algum exercício necessita ser sempre supervisionado, em virtude de uma possível vertigem, tontura e instabilidade postural;          Atividade/participação: vida doméstica prejudicada em decorrência da labirintite;          Fatores ambientais prejudicados: necessita de substâncias (remédios) para alívio dos sintomas de vertigem, tontura, náuseas, vômitos e sensação de desmaio, decorrente da labirintite;          Fatores pessoais prejudicados: idosa teme as crises de labirintite e evita realizar atividades rotineiras;</p>

## Caso 8

### Histórico de enfermagem segundo os elementos da CIF (OMS, 2004)

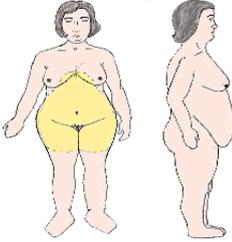
Idosa, 66 anos, viúva, aposentada, residente na ILPI há um ano, apartamento/banheiro exclusivo, barreiras arquitetônicas com ausência de suporte de auxílio no banheiro. Tem três filhos que residem no município, que lhe prestam auxílio quando necessita e estão sempre presentes na Instituição. Comenta que optou em residir numa ILPI pelo fato de ser um ambiente mais tranquilo e seguro, pois os serviços de enfermagem funcionam em período integral e também por estar numa fase de grandes transformações físicas que requerem um cuidado mais direcionado. Hipertensão (140X90 mmHg) e Diabetes Mellitus tipo II. Hospitalizações só quando realizou as cesáreas. Faz uso das seguintes medicações: para hipertensão, diurético, para inibir a agregação plaquetária, trombolíticos, gastrorresistentes, benzodiazepínico e antidiabéticos. Função cognitiva: consciência, orientação no tempo/espço, capacidades psicossociais, temperamento, personalidade, atenção, questões emocionais, percepção, linguagem, pensamento e funções mentais para sequencia de movimentos complexos preservados, obteve 30 pontos no MEEM. Apresenta dificuldade para dormir, insônia. Quanto às funções sensoriais: apresenta acuidade visual diminuída tanto no olho esquerdo como direito (Miopia – grau 1,25- olho direito e esquerdo 1,75) usa óculos, pupilas fotoreagentes, isocóricas, acuidade auditiva mantida. Função gustativa (amargo, doce, ácida e o salgado) conservada, apresenta prótese dentária superior, que lhe acarreta dificuldade em sentir o sabor dos alimentos. Não refere dificuldades/problemas olfativos, proprioceptivos, táteis e sensoriais/temperatura. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas, eupneica. Padrão respiratório 14mm; tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar por arroz, feijão, bolinho de batata e frutas. Ingera uma média de 3lts de água por dia. Peso acima dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, ou seja, 82kg com 1,60m, correspondendo IMC=  $\text{kg } 32,03/\text{m}^2$ , sobrepeso. Abdome globoso. Ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia sem dificuldades. Vida sexual inativa. Não realiza exames ginecológicos há um bom tempo e nem fez tratamento hormonal. Funções neuromusculoesqueléticas relacionadas ao movimento sem alterações, deambula sem auxílio, independência completa, estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs. Realiza atividade física três vezes por semana (caminhadas). Estrutura e integridade da pele sem alterações. Comunicativa e orientada no que se refere a linguagens verbais e escritas. Cuida da própria saúde e do autocuidado. Participa da vida comunitária, realiza atividades recreativas, desfruta dos seus direitos como cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Avalia sua saúde como moderada, já que necessita de medicação para hipertensão e para diabetes mellitus tipo II, mas sua saúde mental visualiza como muito boa.

### Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et. al., 2004).

<p>Necessidades alteradas: idosa, 66 anos, reside na ILPI há um ano por se sentir mais bem assistida, percebe o envelhecimento como período de muitas necessidades biológicas, devido às transformações na saúde. Utilizar vários medicamentos. ILPI apresenta ausência de segurança arquitetônica (ausência de suporte de apoio no banheiro). Hipertensão (140X90mmHg); Diabetes Mellitus tipo II; sobrepeso (IMC=<math>32,03\text{Kg}/\text{m}^2</math>). Usa prótese dentária na arcada superior que lhe acarreta diminuição na degustação dos alimentos. Desconhece a importância dos exames preventivos ginecológicos.</p>
---

**Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categoriação	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 66 anos	As doenças que podem surgir durante o processo de envelhecimento e a necessidade de cuidados fazem com que alguns idosos acabem optando residir numa ILPI (SILVA et. al., 2009).	Independência	Relacionado ao processo de envelhecimento	Risco de sentimento de impotência
Utilizar vários medicamentos; ILPI apresenta ausência de segurança arquitetônica - ausência de suporte de apoio no banheiro	Dentre os fatores que vêm contribuindo pelo aumento do risco de quedas e fraturas em idosos, encontra-se o uso de medicamentos que provocam sonolência, altera o equilíbrio e a tonicidade muscular e/ou que provocam hipotensão. Como os anti-hipertensivos que podem provocar hipotensão postural ou mesmo tonturas; associados ao uso de diuréticos, faz com que o idoso levante à noite para urinar e possa ter um acidente por queda, muitas vezes com fraturas (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).	Risco de quedas	Relacionado ao uso de vários medicamentos e pela ausência de segurança arquitetônica da ILPI.	Risco de quedas.
Hipertensão	Um estudo americano comprovou o poder das emoções na saúde dos idosos. Depois de avaliar 229 pessoas, com idade entre 50 e 68 anos, os pesquisadores descobriram que idosos solitários têm pressão sanguínea até 30% mais elevada do que os mais ativos. Na velhice, uma das questões mais difíceis e dolorosas é lidar com as perdas. É o melhor amigo que faleceu, o filho que mudou de cidade, a aposentadoria, a beleza que dá lugar as rugas (ARBEX; ALMEIDA, 2009). Estas mudanças podem causar hipertensão emocional no idoso.	Perfusão Tissular Cardíaca diminuída	Relacionada à hipertensão	Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída.
Diabetes	O DM II é uma das DCNT mais	Glicemia	Relaciona-	Risco de

Mellitus tipo II	comuns nas pessoas idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macrovasculares. Representa no idoso um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade da equipe multidisciplinar para atender as necessidades de um tratamento ideal. Frequentemente o DM 2 se associa à obesidade, especialmente víscero/abdominal, surgindo muitas vezes após ganho de peso associado ao envelhecimento, caracterizado por menor tolerância à glicose (FREITAS, 2006).	instável	do ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	glicemia instável.
Abdome globoso – sobrepeso	<p>Quando o intestino passa a ser local de digestão fermentativa, há um acúmulo de alimentos, líquidos e gases em toda a extensão, promovendo aumento do volume intestinal a pressionar a parede abdominal.</p> <p>Num primeiro momento, ocorre retenção de gases, onde o abdome fica globoso, distendido também no andar superior, como uma bola insuflada. Com a evolução do desequilíbrio, as alças intestinais ficam mais pesadas e pressionam o abdome inferior (abdome em avental). Apresento o quadro de retenção de gases e fezes.</p>  <p>É comum ouvir um idoso glutão, com abdome volumoso, dizer que tem ótima digestão, pois come qualquer coisa e nunca passa mal. Ele não se sente mal porque já perdeu todos os reflexos que levam a pessoa a se sentir mal quando come em excesso, como os reflexos gástricos de saciedade e outros. Neste caso, o alimento passa direto pelo</p>	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição abdome globoso.	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

	estômago e duodeno e vai passar pelo processo de digestão fermentativa no lomaçal que se tornou o intestino (MANCINI et. al., 2008).			
Paladar alterado relacionado ao uso de prótese dentária;	O edentulismo não é consequência natural do envelhecimento e os dentes naturais, quando bem cuidados, podem permanecer em funcionamento por toda a vida. As principais causas de ausência de dentes e de uso de próteses totais na velhice são decorrentes de cáries não tratadas e da periodontite, causas cuidadas com a tecnologia atual. A perda do paladar em idosos tem sido, geralmente, relacionada com ausência de elementos dentários e com o uso de próteses (CAMPOS et. al., 2009).	Paladar alterado dos alimentos	Relacionado ao desgaste e perda dos dentes (edentulismo) permanentes, o uso de próteses dentárias.	Paladar alterado dos alimentos.
Falta de conhecimento em relação a importância dos exames preventivos ginecológicos.	A evolução lenta das lesões pré-malignas do colo uterino é um aspecto relevante a ser considerado nos programas de prevenção, visto que a evolução para um câncer de colo uterino ocorre sem sintomas específicos e o desconhecimento deste fato constitui um dos obstáculos mais importantes nas campanhas de prevenção. Esta neoplasia representa a segunda causa de mortalidade bruta dentre as que acometem a população feminina nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste e a primeira causa na região Norte. Estima-se que este tipo de câncer seja o terceiro mais comum na população feminina, representando 10% de todos os tumores malignos em mulheres (OLIVEIRA et. al., 2010).	Conhecimento Deficiente	Relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação e profissionais de saúde que possam saciar as dúvidas.	Conhecimento Deficiente.

### Quadro 3 – Processo de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

<p>Risco de sentimento de impotência relacionado ao processo de envelhecimento.</p>	<p>Melhora da autoestima; Aumento da socialização; Controle do humor; Aconselhamento sobre as alterações, as formas de tratamento e prevenções; Melhora do enfrentamento; Suporte emocional; Treinamento da assertividade;</p>	<p>Funções de percepção alterada: sentimento de impotência em lidar com o processo de envelhecimento; Atividade/participação: necessidade de aprendizagem para lidar com as limitações surgidas com o envelhecimento; Fatores ambientais alterados: necessidade de medicamentos/substâncias para amenizar o sentimento de impotência; Fatores Ambientais/apoio por parte dos profissionais da saúde da ILPI comprometido: ausência de orientações e promoção quanto às questões de saúde. Fator pessoal alterado: alterações fisiológicas, decorrentes do envelhecimento desencadeiam sentimento de impotência e aumento da pressão arterial e até da glicemia.</p>
<p>Risco de quedas relacionadas ao uso de vários medicamentos e pela ausência de segurança arquitetônica da ILPI.</p>	<p>Controle de medicamentos; Controle do ambiente; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da mecânica corporal; Assistência no autocuidado; Supervisão: segurança; Promoção de exercício: equilíbrio e transporte</p>	<p>Funções/Estruturas neuromusculares passíveis de alterações: risco de acidente por quedas relacionadas pelo uso de vários medicamentos e a insuficiência de segurança arquitetônica na ILPI; Atividade/participação prejudicada: usa várias substâncias (medicamentos); Fatores ambientais comprometidos: ausência de suporte auxiliar no banheiro; Projeto arquitetônico</p>

		alterado: necessária avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.
Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída relacionada à hipertensão emocional	<p>Controle hidroeletrolítico;</p> <p>Monitoração dos sinais vitais;</p> <p>Cuidados cardíacos</p> <p>Monitoração respiratória;</p> <p>Precauções cardíacas;</p> <p>Precauções circulatórias;</p> <p>Administração de medicamentos, conforme à orientação médica;</p> <p>Promoção/estimulação dos exercícios;</p>	<p>Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: hipertensão emocional, Diabetes Mellitus tipo II, envelhecimento;</p> <p>Atividade/participação comprometida: no cuidado pessoal com a saúde, necessitando de apoio e esclarecimento sobre a manutenção/administração medicamentosa;</p> <p>Fatores ambientais: usa várias substâncias (medicamentos) no atendimento de suas enfermidades (hipertensão, ansiedade, dislipidemia). Desconhece os efeitos, possíveis interações e reações.</p> <p>Fator pessoal comprometido: ausência de conhecimento acerca do processo de envelhecimento e de suas limitações.</p>
Risco de glicemia instável relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão e cefaleia;</p> <p>Encorajar a ingestão oral de líquidos;</p> <p>Identificar os riscos de hiperglicemia;</p> <p>Orientar a idosa quanto ao uso das medicações, os riscos e as possíveis interações;</p> <p>Encorajar a automonitoração dos níveis de glicose</p>	<p>Funções/estruturas metabólicas prejudicadas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos;</p> <p>Atividade/participação comprometida: ao cuidar da própria saúde, quanto aos sinais e sintomas do aumento nos níveis glicêmicos e pelo controle inadequado de medicamentos;</p> <p>Fatores ambientais prejudicados: quanto ao consumo de substâncias (alimentos) inadequadas, alterando os níveis glicêmicos;</p>

	<p>sanguínea; Orientar a idosa e as pessoas significativas sobre o controle do diabete, inclusive o uso de agentes orais, a monitoração da ingestão hídrica, a reposição de carboidratos e o momento de buscar auxílio de profissional da saúde, quando necessário; Facilitar a adesão à dieta e ao regime de exercícios;</p>	<p>Fatores ambientais – atitudes dos profissionais de saúde da ILPI comprometido: necessidade de educação em saúde acerca das DCNT que podem surgir com o envelhecimento; Fatores pessoais prejudicados: idosa não busca esclarecimentos sobre o tratamento adequado à diabetes mellitus tipo II.</p>
<p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição; abdome globoso.</p>	<p>Aconselhamento nutricional; Assistência para eliminar peso; Controle de distúrbios alimentares; Modificação do comportamento; Monitoração nutricional; Promoção de exercícios; Ensino: indivíduo Redução da ansiedade; Terapia nutricional;</p>	<p>Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos; Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, se alimenta a mais do que as necessidades metabólicas; Fator ambiental comprometido: usa várias substâncias (alimentos). Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso.</p>
<p>Paladar alterado dos alimentos relacionado ao desgaste e perda dos dentes (edentulismo) permanentes, o uso de próteses dentárias.</p>	<p>Manutenção da saúde oral;  Controle da nutrição;  Restauração da saúde oral no que couber;</p>	<p>Deficiência na função de deglutição e na estrutura bucomaxilofacial; Atividade - cuidado pessoal (alimentação) alterado: uso de próteses dentárias. Fator pessoal alterado: necessidade de revisão da prótese dentária.</p>
<p>Conhecimento Deficiente relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação e profissionais de saúde que possam saciar as dúvidas.</p>	<p>Aconselhamento quanto à necessidade dos exames preventivos; Apoio no que se refere ao enfrentamento das limitações que surgem com o envelhecimento; Controle do peso;</p>	<p>Funções emocionais prejudicadas: medo de adoecer; Atividade/participação prejudicada: quanto à resolução dos problemas, necessita de medicamentos para a ansiedade e o medo</p>

	<p>Esclarecimento de dúvidas;          Controle da nutrição;          Redução da ansiedade;          Suporte da família e dos profissionais da ILPI;          Assistência para manutenção da saúde.</p>	<p>das limitações do processo de envelhecer;          Cuidado pessoal comprometido: ausência dos exames preventivos inerentes à idade.          Fator ambiental alterado: necessidade de apoio dos profissionais de saúde, cuidadores/familiares em auxiliar no enfrentamento das alterações decorrentes ao processo de envelhecimento;          Fator ambiental prejudicado: consumo de substâncias (alimentos) de forma abusiva;          Fator pessoal prejudicado: associa a presença de DCNT com o processo de envelhecimento, acarretando hipertensão e aumento das taxas glicêmicas.</p>
--	---	---

## CASO 9

### Histórico de enfermagem segundo os elementos da CIF

Idosa, 68 anos, casada, aposentada, residente na ILPI há onze meses, apartamento/banheiro exclusivo, barreiras arquitetônicas - ausência de suporte auxiliar no banheiro. Tem quatro filhos que residem no município, que lhe prestam auxílio quando necessita e estão sempre presentes na Instituição. Refere hipertensão (160X100 mmHg) e Diabetes Mellitus tipo II. Hospitalizou quando realizou as cesáreas. Faz uso de medicações para hipertensão, diurético, para inibir a agregação plaquetária, trombolíticos, gastroresistentes, antidiabéticos e de benzodiazepínico. Função cognitiva (consciência, orientação no tempo/espaço, capacidades psicossociais, temperamento, personalidade, atenção, questões emocionais, percepção, linguagem, pensamento e funções mentais para sequencia de movimentos complexos) preservados. Obteve 27 pontos no MEEM. Apresenta dificuldade para dormir, insônia; Quanto às funções sensoriais: apresenta acuidade visual diminuída tanto no olho esquerdo como direito (Miopia – grau 1,5- olho direito e esquerdo 1,75) e usa óculos, pupilas fotoreagentes, isocóricas, acuidade auditiva mantida. Função gustativa (amargo, doce, ácida e o salgado) conservada, apresenta prótese dentária superior. Ausência de dificuldades/problemas olfativos, proprioceptivos, táteis e sensoriais/temperatura. Perfusão periférica normal com enchimento capilar em 3s e mucosas normocoradas, eupneica. Refere algia e ardências nas pernas, devido à presença de varizes primárias. Padrão respiratório 12mm. Tórax simétrico e ausculta limpa com murmúrios vesiculares normais. Funções referentes à digestão: padrão alimentar e deglutição inalterados. Preferência alimentar por sopa, legumes e frutas. Ingere em média de 2lts de água por dia. Peso acima dos parâmetros dos índices de massa corporal ideal, 78kg e altura de 1,58m, correspondendo

IMC=31,24kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso. Abdome plano. Ruídos hidroaéreos presentes. Evacua uma vez por dia sem dificuldades. Vida sexual inativa, em decorrência de doenças graves no marido (é dependente e tem esclerose múltipla); Realizou exame ginecológico e não apresentou alterações. Funções neuromusculares relacionadas ao movimento sem alterações, deambula sem auxílio, independência completa, estabilidade nas articulações e na mobilidade. Presença de tônus muscular, resistência para realizar movimentos ativos e passivos e reflexos presentes. Força normal na motricidade dos MIs e MSs. Declara realizar atividade física cinco vezes por semana (caminhadas). Quanto à estrutura e integridade da pele sem alterações. Comunicativa e orientada no que se refere a linguagens verbais e escritas. Cuida da própria saúde e do autocuidado. Participa da vida comunitária, atividades recreativas, desfruta dos seus direitos como cidadã. Usufrui do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Avalia sua saúde como moderada, já que necessita de medicação para hipertensão e para diabetes mellitus tipo II, mas sua saúde mental, como muito boa.

**Quadro 1 – Agrupamento em padrões, segundo Risner (FEITOZA et.al., 2004)**

Necessidades alteradas: idosa, 68 anos, reside na ILPI por se sentir melhor amparada. O marido é dependente e necessita de auxílio da equipe de enfermagem em período integral. Utiliza vários medicamentos. Ausência de segurança arquitetônica, banheiro não possui suporte acessório. Hipertensão (160X100mmHg) e Diabetes Mellitus tipo II. Sobrepeso(IMC=31,49Kg/m<sup>2</sup>).

**Quadro 2 – Raciocínio Diagnóstico segundo Risner (1990)**

Categorização	Comparação	Inferência	Etiologia	Título do diagnóstico de enfermagem
Idosa, 68 anos cuida do esposo dependente	Uma das maiores dificuldades que acompanham o idoso é a angústia relacionada com os processos de prejuízos e declínio físicos e das reflexões sobre a vida acerca da própria morte (FECHINE; TROMPIERI, 2012).	Síndrome do estresse por mudança	Relacionado ao estado de saúde diminuída, evidenciada pelo processo de envelhecimento	Risco de Síndrome do estresse.
Utiliza vários medicamentos. Ausência de segurança arquitetônica na ILPI (banheiro);	O uso de vários medicamentos e insegurança no ambiente podem causar acidentes por quedas nos idosos. A queda representa alterações psicossociais no desempenho das atividades básicas da vida diária dos idosos. O medo de uma nova experiência de queda favorece a perda da autoconfiança e restringe o desempenho funcional. Esta	Risco de quedas	Relacionado ao uso de vários medicamentos e pela ausência de suporte acessório no banheiro.	Risco de quedas.

	<p>imobilidade poderá produzi fraqueza muscular e acentuação da instabilidade postural, condicionando ao risco de outras quedas. A frequência de quedas é maior em mulheres (BORGES; MARINHO; MASCARENHAS, 2010).</p> 			
Hipertensão	<p>Algumas alterações biológicas esperadas no idoso com o envelhecimento ocorrem no sistema cardiovascular. Quando o idoso é submetido a um esforço, pode ocorrer diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos. Com o envelhecimento, pode surgir também redução da frequência cardíaca em repouso, aumento do colesterol e da resistência vascular, com o consequente aumento da tensão arterial (FECHINE; TROMPIERI, 2012).</p>	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	Relacionada à hipertensão .	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída.
Diabetes mellitus tipo II	<p>O DM II é uma das DCNT mais comuns nas pessoas idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macrovasculares. Representa no idoso um grande desafio para a saúde pública, envolvendo a capacidade da equipe multidisciplinar para atender as necessidades de um tratamento ideal. Frequentemente o DM II se associa à obesidade, especialmente víscero/abdominal, surgindo muitas vezes após ganho de</p>	Glicemia instável	Relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	Risco de glicemia instável.

	peso associado ao envelhecimento, caracterizado por menor tolerância à glicose (FREITAS, 2006).			
Sobrepeso (IMC=31,49Kg/m <sup>2</sup> )	O aumento do sobrepeso, associado a outros aspectos, como sedentarismo e inadequação alimentar, é considerado um dos principais fatores determinantes responsáveis pela alta prevalência de DCNT, destacando-se as cardiovasculares, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus tipo II (CAVALCANTI et. al., 2009).	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais.

### Quadro 3 – Proposta de Cuidado de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem pela NANDA	Intervenções de enfermagem pela NIC	Domínios da CIF alterados
Risco de Síndrome do estresse por mudança relacionado ao estado de saúde diminuída, evidenciada pelo processo de envelhecimento.	Aconselhamento Identificação do risco; Redução da ansiedade; Terapia nutricional; Promoção de esperança; Melhora do enfrentamento; Redução do estresse por mudança; Suporte à família; Suporte emocional;	Funções mentais – emocionais prejudicadas: síndrome do estresse causada pela saúde diminuída, em virtude do processo de envelhecimento; Atividade/participação comprometida: para cuidar da própria saúde; Fatores ambientais prejudicados: consumo de medicamentos para amenizar o estresse, desencadeado pela dificuldade de lidar com as mudanças acarretadas pelo envelhecimento; Fator pessoal comprometido: medo/estresse das alterações na saúde que

		surgem com o envelhecimento.
Risco de quedas relacionadas ao uso de vários medicamentos e pela ausência de suporte acessório no banheiro.	Controle de medicamentos; Controle do ambiente; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Promoção da mecânica corporal; Assistência no autocuidado; Supervisão: segurança; Promoção de exercício: equilíbrio e transporte	Funções/estruturas neuromusculares passíveis de alterações: uso de vários medicamentos e risco de acidente por quedas relacionadas à inexistência de suporte no banheiro;  Atividade/participação prejudicada: uso de várias substâncias (medicamentos);  Fatores ambientais comprometidos: ausência de suporte acessório no banheiro;  Projeto arquitetônico alterado na ILPI, necessitando de uma avaliação e readaptação às normas que ANVISA preconiza.
Risco de Perfusão Tissular Cardíaca diminuída relacionada à hipertensão;	Controle hidroeletrólítico; Monitoração dos sinais vitais; Cuidados cardíacos Monitoração respiratória; Precauções Cardíacas; Precauções circulatórias; Administração de medicamentos, conforme orientação médica;	Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: hipertensão e o próprio envelhecimento; Atividade/participação comprometida: quanto ao cuidado pessoal em relação à saúde, necessitando de apoio e esclarecimento sobre a manutenção/administração medicamentosa; Fatores ambientes: usa várias substâncias (medicamentos, alimentos). Desconhece os efeitos, possíveis interações e reações. Fator pessoal comprometido: ausência de conhecimento acerca das limitações que podem surgir com o processo de

		envelhecimento.
Risco de glicemia instável relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão e cefaleia;</p> <p>Encorajar a ingestão oral de líquidos;</p> <p>Identificar os riscos de hiperglicemia;</p> <p>Orientar a idosa quanto ao uso das medicações, os riscos e as possíveis interações;</p> <p>Encorajar a automonitoração dos níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Orientar a idosa e as pessoas significativas sobre o controle do diabete, inclusive o uso de agentes orais, a monitoração da ingestão hídrica, a reposição de carboidratos e o momento de buscar auxílio de profissional da saúde, quando necessário;</p> <p>Facilitar a adesão à dieta e ao regime de exercícios;</p>	<p>Funções/estruturas metabólicas prejudicadas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos;</p> <p>Atividade/participação comprometida: ao cuidar da própria saúde, quanto aos sinais e sintomas do aumento nos níveis glicêmicos e pelo controle inadequado de medicamentos;</p> <p>Fatores ambientais prejudicados: quanto ao consumo de substâncias (alimentos) inadequadas, alterando os níveis glicêmicos;</p> <p>Fatores ambientais – atitudes dos profissionais de saúde da ILPI comprometido: necessidade de educação em saúde acerca das DCNT que podem surgir com o envelhecimento;</p> <p>Fatores pessoais prejudicados: idosa não busca esclarecimentos sobre o tratamento adequado à diabetes mellitus tipo II.</p>
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas por peso 20% acima do ideal para altura e compleição.	<p>Aconselhamento nutricional;</p> <p>Assistência para eliminar peso;</p> <p>Controle de distúrbios alimentares;</p> <p>Modificação do comportamento;</p> <p>Monitoração nutricional;</p>	<p>Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos;</p> <p>Atividade/participação alteradas: quanto ao cuidado pessoal, consome mais alimentos do que as necessidades metabólicas;</p> <p>Fator ambiental</p>

	Promoção de exercícios; Ensino: indivíduo Redução da ansiedade; Terapia nutricional;	comprometido: usa excesso de substâncias (alimentos). Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso.
--	---	--

Apresento um quadro voltado à comparação entre aos idosos investigados, desenvolvidos por: identificação dos idosos, diagnósticos de enfermagem pela NANDA e processo de Análise de Risner, e intervenções/Prescrições de enfermagem, segundo a NIC e os domínios da CIF alterados.

<b>Idosos institucionalizados</b>	<b>Domínios da CIF alterados</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem pela NANDA pelo Processo Análise de Risner</b>	<b>NIC - Intervenções de enfermagem pela NIC</b>
<b>Idosos 3, 4, 5, 7, 8 e 9</b>	Funções/Estruturas cardiovasculares e metabólicas alteradas: hipertensão e Diabetes Mellitus tipo II; Atividade/participação comprometida: necessita de auxílio de profissionais para avaliar e cuidar da terapia medicamentosa para diabetes. Fatores ambientais alterados no que se referem ao consumo De controle rigoroso (administração de medicamentos para que não haja alterações nos índices glicêmicos). Fatores ambientais/Apoio: necessita de profissional da saúde para assisti-la nas 24 horas. Funções pessoais comprometidas: não adere à terapia nutricional prescrita.	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada às patologias crônicas (hipertensão e diabetes mellitus tipo II).	Controle de Medicamentos; Administração de medicamentos, conforme prescrição; Controle da nutrição; Monitoramentos dos sinais vitais; Cuidados com os pés; Redução da ansiedade; Controle da glicemia e dos testes laboratoriais; Promoção do exercício físico;
<b>Idoso 3</b>	Funções/Estruturas visuais alteradas: acuidade diminuída em ambos os olhos;	Percepção sensorial visual perturbada relacionada à	Controle do ambiente; Prevenção de quedas;

	Atividade/participação alterada: necessidade de produtos (óculos) para desempenhar as atividades da vida diária.	recepção sensorial alterada evidenciada pela acuidade visual diminuída.	Cuidados com os olhos; Controle de medicamentos; Monitoração neurológica; Controle da nutrição; Monitoração oftalmológica;
<b>Idoso 3</b>	Funções/Estruturas geniturinárias alteradas: incontinência urinária de urgência; Atividade/participação comprometida: falta de esclarecimento sobre a incontinência urinária; Atividade/participação/cuidado pessoal alterados, decorrentes da incontinência, levando-a a lavar-se todo momento pela perda involuntária de urina; Fatores Ambientais: necessita de produtos e substâncias (medicamentos) para manutenção (cuidados) das lesões do períneo e dos problemas originados da incontinência (umidade e infecção urinária).	Incontinência urinária de urgência relacionada ao uso de diuréticos, hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratilidade da bexiga e incontinência urinária.	Controle da eliminação urinária; Controle da medicação; Controle do ambiente; Cuidados na incontinência urinária; Treinamento do hábito urinário; Cuidados com o períneo; Banho; Exercício para musculatura pélvica; Indução ao esvaziamento vesical;
<b>Idosos 1,2,3,4,5,6,7,8, e 9</b>	Funções neuromusculoesqueléticas e mobilidade modificada. Estruturas relacionadas aos movimentos alterados: dificuldades visuais, incontinência urinária e ausência de ambiente/banheiro seguro. Atividades/participação: necessita se deslocar com bengala; Fatores ambientais: ausência estrutura arquitetônica, que promova segurança e bem estar (ambiente/banheiro com	Risco de quedas relacionado à idade, ao uso de bengala, dificuldades visuais, incontinência urinária, possíveis alterações na taxa de glicose (pós-prandial) e ausência de suporte de auxílio no banheiro.	Controle da eliminação urinária; Controle do ambiente: segurança; Monitoração dos sinais vitais; Prevenção de quedas; Assistência no autocuidado; uso do vaso sanitário; Controle da dor; Terapia com exercícios: Controle muscular;

	<p>suporte de apoio). Fatores Pessoais modificados: necessidade de substâncias e produtos para auxiliar na mobilidade, na acuidade visual e no tratamento da incontinência urinária.</p>		<p>Promoção do exercício: treino para fortalecimento; Controle da eliminação urinária; Controle dos medicamentos; Promoção da mecânica corporal;</p>
<b>Idoso 4, 5, 6 e 7</b>	<p>Atividade/Participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos que usa; Fatores Ambientais; Produtos/Tecnologias: consumo pessoal de grande quantidade de substâncias medicamentosas; <i>Déficit</i> de orientação por parte dos profissionais de saúde acerca dos riscos que a idosa sofre quanto à utilização da polifarmácia.</p>	<p>Proteção ineficaz relacionada às terapias com medicamentos trombolíticos, antidepressivos, betabloqueadores, diuréticos de alça, vasodilatadores, corticosteroides, antibióticos, entre outros.</p>	<p>Assistência no autocuidado; Cuidados com a interação medicamentosa; Monitoração dos medicamentos; Identificação de possíveis riscos; Supervisão;</p>
<b>Idoso 4</b>	<p>Função/Estrutura auditiva modificada: decorrentes do processo de envelhecimento; Atividade/participação alterada: dificuldade de ouvir, de entender a comunicação (receber mensagens verbais) e interagir/relacionar com as pessoas; Fatores Ambientais: barreira auditiva, necessitando de produtos (próteses auditivas) para o desempenho na vida diária; O som do ambiente comprometido pela inadequação da ILPI e deficiência auditiva no ouvido direito. Fatores pessoais afetados: comprometimento auditivo no ouvido direito;</p>	<p>Percepção sensorial auditiva perturbada relacionada à recepção sensorial alterada, evidenciada pela mudança na acuidade auditiva no ouvido direito.</p>	<p>Controle do ambiente; Controle dos medicamentos; Controle hídrico; Melhora da autoestima; Cuidados com os ouvidos; Supervisão: segurança; Melhora do sono;</p>

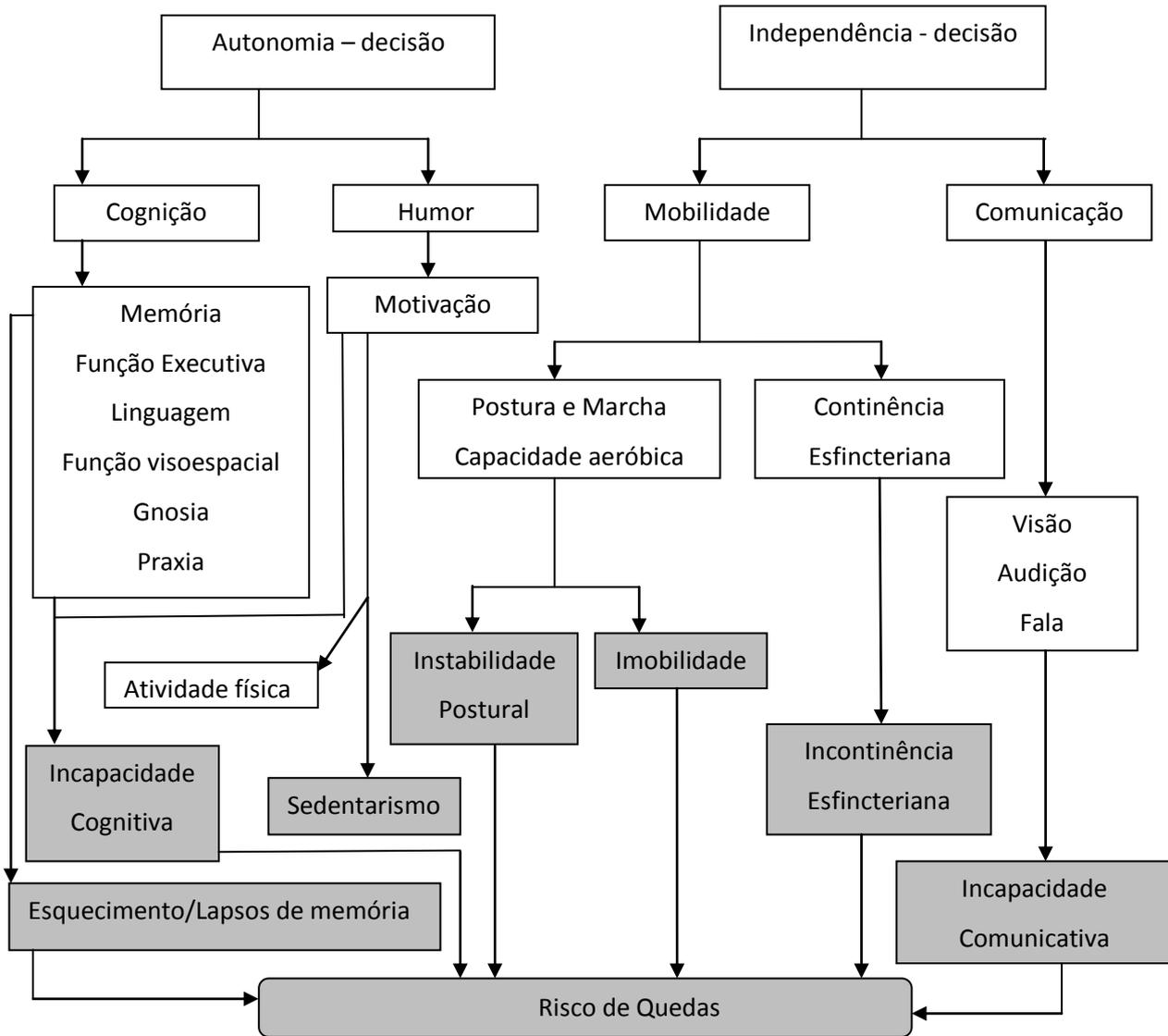
<b>Idoso 4</b>	<p>Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: cardiopatia e dor anginosa;</p> <p>Atividade/participação alteradas: dificuldade em desempenhar atividades como: cuidar da própria saúde; dor anginosa aguda; faz uso de substâncias (medicamentos) para amenizar tal desconforto físico;</p> <p>Fatores ambientais: - Ambiente/clima: mudanças na temperatura, como estações muito frias acarreta dor anginosa, necessidade de manter idosa aquecida;</p> <p>Fatores pessoais modificados: alterações cardiovasculares que impedem a idosa de realizar muitas atividades, em virtude da dor.</p>	<p>Dor aguda relacionada a agentes lesivos biológicos evidenciados pelo relato de dor anginosa.</p>	<p>Administração de medicamentos, conforme orientação médica;</p> <p>Controle do ambiente;</p> <p>Aumento da segurança;</p> <p>Melhora do sono;</p> <p>Promoção de conforto;</p> <p>Melhora de enfrentamento;</p> <p>Redução da ansiedade;</p> <p>Oxigenoterapia;</p> <p>Suporte emocional;</p> <p>Controle da nutrição;</p> <p>Monitoração dos sinais vitais;</p> <p>Toque terapêutico;</p>
<b>Idoso 5</b>	<p>Funções de impulso e energia alterados, devido à idade avançada e desconhecimento sobre os benefícios de se praticar atividade física;</p> <p>Atividade/participação comprometidos: falta de: motivação, energia e desconhecimento em cuidar da própria saúde.</p> <p>Fatores ambientais alterados: falta de interesse em realizar atividade física e reduzir peso.</p> <p>Fatores pessoais alterados: falta de motivação decorrente: da idade, da falta de vínculos familiares e do desconhecimento sobre a importância da atividade física.</p>	<p>Estilo de vida sedentário relacionada à falta de motivação, interesse e desconhecimento sobre os benefícios que atividade física traz à saúde.</p>	<p>Assistência no autocuidado;</p> <p>Controle de energia;</p> <p>Ensino: atividade/exercício;</p> <p>Controle da nutrição;</p> <p>Controle de medicamentos;</p> <p>Promoção de exercícios;</p> <p>Terapia com exercícios: controle muscular</p> <p>Controle do ambiente: conforto</p> <p>Monitoração dos sinais vitais;</p>
<b>Idoso 7</b>	<p>Funções/estruturas neuromusculoesquelético alteradas: dor lombar;</p>	<p>Dor crônica relacionada às lombalgias.</p>	<p>Administração de medicamentos, conforme orientação</p>

	<p>Atividade/participação alteradas: dificuldade em desempenhar atividades como: cuidar da própria saúde, devido a dor lombar;</p> <p>Fatores ambientais: em decorrência da lombalgia, se faz necessário uso de substâncias (medicamentos) para amenizar desconforto físico;</p> <p>Ambiente/clima – Fatores pessoais modificados: dor lombar.</p>		<p>médica;</p> <p>Controle do ambiente;</p> <p>Aumento da segurança;</p> <p>Melhora do sono;</p> <p>Promoção de conforto;</p> <p>Melhora de enfrentamento;</p> <p>Redução da ansiedade;</p> <p>Oxigenoterapia;</p> <p>Suporte emocional;</p> <p>Controle da nutrição;</p> <p>Monitoração dos sinais vitais;</p> <p>Toque terapêutico;</p>
<b>Idoso 7</b>	<p>Funções/estruturas neuromusculoesqueléticas alteradas: labirintite;</p> <p>Atividade/participação modificadas: instabilidade no equilíbrio (labirintite, interferindo quanto a levantar e carregar objetos, andar, utilizar transportes);</p> <p>Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, já que banhar-se, caminhar, realizar algum exercício necessita ser sempre supervisionado, em virtude de uma possível vertigem, tontura e instabilidade postural;</p> <p>Atividade/participação: vida prejudicada em decorrência da labirintite;</p> <p>Fatores ambientais prejudicados: necessita de substâncias (remédios) para alívio dos sintomas de vertigem, tontura, náuseas, vômitos e sensação de desmaio, decorrente da labirintite;</p> <p>Fatores pessoais prejudicados: idosa teme as</p>	<p>Mobilidade física prejudicada relacionada ao equilíbrio prejudicado, evidenciado pela labirintite.</p>	<p>Assistência no autocuidado;</p> <p>Controle de energia;</p> <p>Controle do ambiente;</p> <p>Ensino: atividade/exercício prescrito;</p> <p>Promoção do exercício;</p> <p>Terapia com exercício: equilíbrio;</p> <p>Prevenção de quedas;</p> <p>Supervisão: Segurança;</p>

	crises de labirintite e evita realizar atividades rotineiras;		
<b>Idoso 5, 8 e 9</b>	<p>Funções/estruturas metabólicas prejudicadas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos;</p> <p>Atividade/participação comprometida: desconhecimento quanto a própria saúde, aos sinais e sintomas do aumento nos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos;</p> <p>Fatores ambientais prejudicados: quanto ao consumo de substâncias (alimentos) inadequadas, alterando os níveis glicêmicos;</p> <p>Fatores ambientais – atitudes dos profissionais de saúde da ILPI comprometido: necessidade de educação em saúde acerca das DCNT que podem surgir com o envelhecimento;</p> <p>Fatores pessoais prejudicados: desconhecimento acerca do tratamento adequado à diabetes mellitus tipo II.</p>	Risco de glicemia instável relacionado ao peso, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	<p>Monitorar os níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento da visão e cefaleia;</p> <p>Encorajar a ingestão oral de líquidos;</p> <p>Identificar os riscos de hiperglicemia;</p> <p>Orientar a idosa quanto ao uso das medicações, os riscos e as possíveis interações;</p> <p>Encorajar a automonitoração dos níveis de glicose sanguínea;</p> <p>Orientar a idosa e as pessoas significativas sobre o controle do diabetes, inclusive o uso de agentes orais, a monitoração da ingestão hídrica, a reposição de carboidratos e o momento de buscar auxílio de profissional da saúde, quando necessário;</p> <p>Facilitar a adesão à dieta e ao regime de exercícios;</p>

<b>Idosos 8 e 9</b>	<p>Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos;</p> <p>Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, se alimenta a mais do que as necessidades metabólicas;</p> <p>Fator ambiental comprometido: usa várias substâncias (alimentos).</p> <p>Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso.</p>	<p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do peso ideal para altura e compleição; abdome globoso.</p>	<p>Aconselhamento nutricional;</p> <p>Assistência para eliminar peso;</p> <p>Controle de distúrbios alimentares;</p> <p>Modificação do comportamento;</p> <p>Monitoração nutricional;</p> <p>Promoção de exercícios;</p> <p>Ensino: indivíduo</p> <p>Redução da ansiedade;</p> <p>Terapia nutricional;</p>
---------------------	---	--	--

Apresento um diagrama que têm a intenção de refletir sobre as estruturas, funções, atividades, participação, fatores ambientais e pessoais visualizadas na CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e analisadas nos diagnósticos de enfermagem que foram demonstrados nos casos acima estudados de idosos institucionalizados. Em branco as funções sem alterações, já em cinza as consequências que o processo de envelhecimento pode vir desencadear na pessoa idosa, constatados nos casos da pesquisa.



**Figura 6** – Diagrama que Relaciona as Alterações de Elementos da CIF e o Risco de Quedas em Idosos Institucionalizados. Rio Grande/RS, Brasil, 2012.

Estudar o envelhecimento requer um conhecimento que engloba o saber da etiologia dos processos degenerativos, o desenvolver estratégias que atenuem os efeitos desse processo de forma a garantir um envelhecer de uma forma autônoma e qualitativamente positiva. Esta análise reflete que a condição genética é importante, mas hábitos adquiridos ao longo da existência de um ser humano fazem diferença na forma e nas condições que o indivíduo se apresenta quando envelhece. Verificando a CIF, percebe-se a importância para auxiliar nas mudanças de hábitos, no incentivo, na adesão aos tratamentos, orientações, bem como nas estratégias de melhores implementações do cuidado a pessoa idosa.

## **6 DISCUSSÕES**

Neste capítulo, serão apresentados dois artigos, elaborados a partir dos resultados. O primeiro intitulado “Histórico de enfermagem para idosos institucionalizados baseado na classificação da funcionalidade, incapacidade e saúde”, foi de acordo com as normas do periódico científico Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

O segundo artigo “Risco de quedas: processo de enfermagem em idosos institucionalizados pela classificação internacional de funcionalidade/incapacidade/saúde” foi elaborado de acordo as normas da Revista Eletrônica de Enfermagem (REE).

## 6.1 ARTIGO 1

**Histórico de enfermagem para idosos institucionalizados baseado na Classificação Internacional da Funcionalidade/Incapacidade/Saúde: relato de experiência<sup>1</sup>**

History of nursing for elderly institutionalized based on the International Classification of Functioning / Disability / Health: experience report<sup>1</sup>

Historia de la enfermería para ancianos institucionalizados basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento / Discapacidad / Salud: relato de experiencia<sup>1</sup>

Janaína Amorim de Avila<sup>2</sup>

Silvana Sidney dos Santos<sup>3</sup>

Daiane Porto Gautério<sup>4</sup>

Danielle Adriane Silveira Vidal<sup>5</sup>

Bibiane Moura da Rosa<sup>6</sup>

Luciano Araudi<sup>7</sup>

**RESUMO:** Relato de experiência, cujo objetivo foi descrever a elaboração de um histórico de enfermagem, voltado aos idosos institucionalizados, construído a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Essa experiência surgiu a partir de

---

<sup>1</sup>Artigo originado da dissertação “Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem”, sustentada dia 30/08/2012, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela FURG. [Janainaamorim23@hotmail.com](mailto:Janainaamorim23@hotmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisadora do CNPq. E-mail: [silvanasidney@terra.com.br](mailto:silvanasidney@terra.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem da FURG. E-mail: [dainaeporto@bol.com.br](mailto:dainaeporto@bol.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da FURG. E-mail: [daniellesvidal@gmail.com](mailto:daniellesvidal@gmail.com)

<sup>6</sup> Estudante de Enfermagem da FURG. E-mail: [bibizinhaenfermagem4@hotmail.com](mailto:bibizinhaenfermagem4@hotmail.com)

<sup>7</sup> Estudante de Enfermagem da FURG. E-mail: [lucianoaraldi05@gmail.com](mailto:lucianoaraldi05@gmail.com)

estudo de caso com nove idosos, residentes em uma instituição de longa permanência, no Rio Grande do Sul, Brasil. Na coleta de dados aplicou-se entrevista semiestruturada, no primeiro semestre de 2012. Na análise de dados descreve-se a experiência, dialogando-se com autores que têm aproximação com o tema. O projeto de pesquisa teve aprovação de um comitê de ética e pesquisa. Percebeu-se que este histórico de enfermagem embasado nessa Classificação, permite um cuidado de enfermagem que visa um enfoque multidimensional da saúde, facilitando a prática cuidativa dos enfermeiros, contribuindo na construção de estratégias que sejam articuladas na aplicabilidade do processo de enfermagem ao idoso institucionalizado com risco de quedas, enfocando a prevenção destes acidentes.

**Descritores:** Idoso; Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Experience report whose objective was to describe the development of a nursing history, turned the institutionalized elderly, built from the International Classification of Functioning, Disability and Health. This experience emerged from the case study with nine elderly, residents in an institution for long stay, in Rio Grande do Sul, Brazil; Data collection was applied semi-structured interview, the first half of 2012. In data analysis describes the experience, dialoguing with authors which have approximation with the theme. The research project was approved a committee research and ethics. It was noticed this history of nursing grounded in that classification, allows nursing care that targets a multidimensional approach to health, facilitating the care practice of nurses, contributing in construction of strategies which are articulated the applicability of nursing process of institutionalized elderly at risk of drops, focusing accident prevention.

**Descriptors:** Elderly, Accidental Drops; Long Stay Institution; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

## **RESUMEN**

Relato de Experiencia cuyo objetivo fue describir el desarrollo de una historia de la enfermería, de cara a los ancianos institucionalizados, construido a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Esta experiencia surgió de

un estudio de caso con nueve ancianos residentes en una institución de larga estancia, en Rio Grande do Sul, Brasil. La recolección de datos se aplicó entrevista semi-estructurada, la primera mitad de 2012. En el análisis de los datos se describe la experiencia, dialogar con los autores que tiene aproximación con el tema. El proyecto de investigación fue aprobado por un comité de ética e investigación. Se consideró que esta histórica en enfermería basada en esta clasificación, permite a los cuidados de enfermería que apunta a un enfoque multidimensional para la salud, facilitar la práctica de la atención de enfermería, contribuyendo en la construcción de estrategias que se articulan en la aplicación del proceso de enfermería al anciano institucionalizado en riesgo de caer, centrándose en la prevención de accidentes.

**Descritores:** Los ancianos, las caídas accidentales; Institución a largo plazo; La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; enfermería.

## INTRODUÇÃO

Residir em instituição de longa permanência para idosos (ILPI) é uma prática pouco comum aos brasileiros, por conta de uma visão que associa esse acolhimento a um local de exclusão. Essa realidade deve ser modificada, pois a diminuição da taxa de fecundidade, maior inserção da mulher no mercado de trabalho podem direcionar alguns idosos à institucionalização. Diante desses fatos, percebe-se que há necessidade, por parte do Estado e do mercado, oferecer esse serviço social e de saúde, à medida que as famílias estão cada vez menos disponíveis para desempenhar o papel de cuidadores<sup>(1)</sup>.

Os idosos institucionalizados podem apresentar maior probabilidade às quedas, muitas vezes por sua condição de sedentarismo. Essa situação pode acarretar consequências na força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física do residente em ILPIs.

A queda nos idosos institucionalizados é uma preocupação dos enfermeiros que atuam nesses serviços. As quedas são importante causa de mortalidade, morbidade e incapacitações entre os idosos. A real magnitude do problema é desconhecido no Brasil. Nos Estados Unidos estima-se que a cada 18 segundos um idoso com 65 anos ou mais é atendido por lesão decorrente de queda num serviço de emergência. Mesmo quando provocam lesões menores, elas podem afetar a vida dos idosos podendo levar ao medo de cair com consequente restrição de atividades, mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão. Em relação às lesões determinadas pelas quedas, cerca de 70%, são fraturas, especialmente as do

fêmur. As mulheres sofrem o dobro de fraturas de fêmur que o homem, a osteoporose é considerada fator de risco para fraturas e maior incidência entre as mulheres<sup>(2)</sup>.

Torna-se imprescindível conhecer o perfil dos idosos residentes em ILPIs para o estabelecimento de ações específicas de prevenção de quedas, para mantê-los aptos e coadjuvantes no processo de promoção e bem-estar de sua vida, para adaptar/ajustar a realidade à prática dos conceitos de promoção da saúde, dentro do ambiente da instituição<sup>(3)</sup>.

As quedas podem direcionar a morbidade, incapacitações e morte entre os idosos. A real magnitude do problema é desconhecida no Brasil. Nos Estados Unidos estima-se que a cada 18 segundos uma pessoa com 65 anos ou mais seja atendida por uma lesão decorrente de queda, num serviço de emergência. Mesmo quando provocam lesões menores, as quedas podem afetar a vida dos idosos podendo levar ao medo de cair com restrição de atividades, mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão<sup>(4)</sup>.

A realização do Processo de Enfermagem (PE), principalmente do histórico de enfermagem contribui para avaliar possíveis condições de riscos que possam levar o idoso institucionalizado aos acidentes por quedas.

O PE é um instrumento que favorece o cuidado, organiza as condições necessárias ao cuidado e documenta a prática profissional; identifica, compreende, descreve, explica e/ou prediz as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou de risco, e determina que aspectos dessas necessidades exijam ação profissional imediata do enfermeiro<sup>(5)</sup>.

Na elaboração do histórico de enfermagem, primeira fase do PE, torna-se necessário adaptarem-se questões que possam direcionar a identificação das reais necessidades dos idosos. Uma ferramenta que pode contribuir com o histórico de enfermagem direcionado ao idoso residente em ILPI é a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A CIF é de natureza multiuso, pode ser usada em setores como saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas, políticas públicas. A importância desta ferramenta está na utilização das práticas clínicas, ensino e pesquisa. A CIF é um sistema de classificação baseado na junção dos modelos médico e social e usa uma abordagem biopsicossocial para integrar as dimensões da saúde. A CIF tem aplicação universal, pode ser usada por vários profissionais de diferentes áreas e em pessoas com qualquer condição de saúde. É dividida em duas partes: a primeira relaciona-se com a funcionalidade e incapacidade, sendo dividida em funções/estruturas do corpo e atividades/participação. A segunda abrange os fatores contextuais, dividindo-se em fatores ambientais e pessoais<sup>(6)</sup>.

Com intuito de facilitar a continuidade do PE, principalmente em ILPIs, foi construído um histórico de enfermagem baseado na CIF. Essa ideia surgiu a partir da percepção da multidimensionalidade da CIF, por esta ferramenta poder abarcar uma interação dinâmica entre fatores biofísicos, ambientais e sociais.

Assim, este estudo teve como objetivo elaborar histórico de enfermagem, voltado à prevenção de quedas em pessoas idosas institucionalizadas, construído a partir da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

## **O RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Esse relato de experiência surgiu a partir de uma dissertação de mestrado em enfermagem, por meio do estudo de caso com nove idosos residentes em uma instituição de longa permanência no Rio Grande do Sul, Brasil, no segundo semestre de 2012. Aplicou-se, por meio de entrevista semiestruturada, um histórico de enfermagem tendo como foco a prevenção de quedas e elaborado segundo a CIF, objetivando facilitar o processo de enfermagem. No estudo de caso ocorre uma investigação empírica que investiga possibilidades dentro do contexto real<sup>(7)</sup>.

A coleta de dados foi dividida em duas fases: inclusão dos idosos na pesquisa, pela aplicação do Miniexame do Estado Mental com a pontuação igual ou acima 24 pontos<sup>(8)</sup> e da Escala de Risco de quedas, com resultados igual ou a mais 3 pontos<sup>(9)</sup>; aplicação do histórico de enfermagem, construído a partir da CIF<sup>(6)</sup>.

Na análise de dados descreve-se a experiência, dialogando-se com autores que têm aproximação com o tema. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande com o parecer 003/2012.

A elaboração de um histórico de enfermagem embasado na CIF teve como finalidade maior subsidiar um instrumento que norteasse o processo de enfermagem para os enfermeiros que atuam nas ILPIs. Esse instrumento priorizou as dimensões: funções/estruturas biológicas, ambientais, sociais e ecossistêmicas, atividade e participação, cuidados de enfermagem específicos, tendo como foco a prevenção de quedas em idosos institucionalizados.

O Histórico de Enfermagem construído foi montado por meio da utilização de elementos da CIF. Ele é composto por cinco partes: Identificação; observações gerais; funções e estruturas do corpo; limitações de atividades e restrições à participação; fatores

ambientais. Foi distribuído em oito páginas e centrado nas necessidades presentes nos idosos institucionalizados pesquisados. Esse histórico de Enfermagem foi validado, inicialmente pelos membros da banca de qualificação do projeto de dissertação e depois por meio de um teste piloto. Por conta de sua extensão foi aplicado em dois momentos em cada idoso participante do estudo.

Na identificação foram contemplados os itens: sexo, idade, endereço, ocupação, nível de escolaridade, procedência, maneira como o idoso se apresentou na admissão quanto a deambulação ou não. Os dados demográficos foram importantes para apresentar as características individuais, como também coletivas dos participantes da pesquisa.

A CIF não é uma classificação de pessoas. Ela permite descrever as características do indivíduo em diferentes domínios e as características do meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que documenta, o perfil de funcionalidade e de participação<sup>(10)</sup>. Esta classificação tem como propósito focar na capacidade da pessoa, envolvendo demandas biológicas, psicológicas e sociais e não somente as questões de incapacidade do indivíduo.

Nas observações gerais colocou-se em relevância: as DCNTs, uso de medicamentos, antecedentes pessoais, história atual da doença. Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, a OMS, adota o termo funcionalidade como modelo que avalia os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e a Incapacidade utilizada no aspecto negativo. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, orgânica e/ou da estrutura do corpo, a limitação das atividades e a restrição na participação social, dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação<sup>(11)</sup>.

No item funções e estruturas do corpo foram descritos: as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, onde as estruturas do corpo são partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes. As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. O enfermeiro, como agente produtor de saúde, tendo como instrumento o saber ambiental percebe o ser humano idoso como sujeito socioambiental que interage e ao mesmo tempo, sofre com as adversidades do ambiente<sup>(12)</sup>. Trabalhar a saúde do idoso requer práticas sociais que busquem a prevenção, principalmente, quanto às funções e estruturas do corpo, dando ênfase especial às quedas.

Nas limitações de atividades e restrições à participação foram incluídos: mobilidade, formas de comunicação, conversação, produção de mensagens, discussão, atividades físicas, andar, desloca-se, utilizar transporte coletivo, autocuidar-se, interações e relacionamentos

peçoais, vida comunitária/social/cívica. A mobilidade das pessoas idosas é sempre uma questão controversa na Gerontologia. Prevalece à tendência a se considerar que a mudança de casa possa ser prejudicial para as pessoas idosas, dado o significado da residência de origem em termos de história de vida. Adicionalmente, as mudanças geralmente estão associadas à maior ocorrência de quedas nessa população, pela falta de familiaridade com o ambiente<sup>(1)</sup>.

Quanto aos fatores ambientais foram destaques os itens: atitudes individuais/coletivas, segurança física/meio ambiente, como condições de moradia, hospitalizações no último ano. A questão ambiental envolve uma complexidade de relações que se estendem sobre a totalidade da vida social e a forma de como pensar essa totalidade. Tal percepção da realidade pressupõe uma inter-relação e uma interdependência essencial de todos os fenômenos, sendo eles físicos, biológicos, psicológicos, sociais e/ou culturais o que, por sua vez, inclui primordialmente a saúde<sup>(12)</sup>.

A CIF agrega possibilidade de mudanças no paradigma da saúde. Neste contexto deixa de ter como objeto a causalidade das doenças para considerar seu impacto na qualidade de vida das pessoas<sup>(6)</sup>.

O modelo biopsicossocial de saúde proposto pela CIF pode ser realizado com o treinamento e a participação de diversas áreas profissionais no sentido de ampliar e identificar a melhor forma de viabilizar a utilização desta classificação complexa.

Após a inclusão dos elementos da CIF ao histórico, verificou-se que a proposta foi centrada no estímulo às potencialidades do idoso, adequando a força de cada um a fim de promover a habilidade, adaptando cada institucionalizado ao ambiente favorável para atender suas reais necessidades. Outra questão foi a possibilidade de delimitar novo paradigma para pensar a deficiência e a incapacidade: observando os contextos, ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, a disponibilidade de serviços e legislação. Assim, a proposta deste instrumento não constitui somente um avaliador do estado funcional dos indivíduos, mas um detector das condições de vida a fim de que sejam fornecidos subsídios para políticas de inclusão social<sup>(13)</sup>.

A proposta desse histórico, agregando o modelo conceitual da CIF ao PE, surgiu também para retratar a multidimensionalidade como explicação do nível de funcionalidade e saúde do idoso, possibilitando relações de determinação que vão além de diagnósticos clínicos de enfermagem. Esse histórico poderá também facilitar o trabalho das equipes multidisciplinares das ILPIs a fim de que estratégias sistemáticas sejam traçadas para minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores que possam direcionar a prevenção dos acidentes por quedas.

Outro ponto positivo deste instrumento centra-se na abordagem diagnóstica biopsicossocial do idoso institucionalizado. A funcionalidade e incapacidade humana são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde, como: doença, trauma, lesões, distúrbios, aos fatores contextuais, incluindo fatores pessoais e ambientais. As incapacidades, limitações, inatividades e dificuldades são verificadas sob uma óptica clínica dos enfermeiros, utilizando a CIF. Demonstrando que a elaboração deste modelo e sua implantação nas ILPIs poderá promover um cuidado de enfermagem adequado e específico, enfatizando a prevenção de acidentes por quedas nos idosos residentes em ILPIs.

## **REFLEXÕES FINAIS ACERCA DA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA**

A construção do histórico de enfermagem utilizando-se elementos da CIF promoveu uma visão global das condições de vida do idoso institucionalizado, pois relacionou fatores biológicos, físicos, sociais, ambientais e outros que pudesse estar incluídos em uma ILPI.

Uma limitação desta pesquisa foi à escassa produção científica de enfermeiros acerca do uso da CIF, situação que direcionou a revisão de literatura voltada à adaptação da utilização desta ferramenta por outros profissionais da saúde, em especial fisioterapeutas.

Como contribuição para a prática cuidativa o histórico de enfermagem construído poderá facilitar a constituição de uma abordagem que direcione a elaboração de diagnósticos/intervenções de enfermagem, principais dificuldades, incapacidades do idoso institucionalizado, quando admitido na ILPI, como também identificar os riscos em desenvolver deficiências, também incluídos os acidentes por quedas, ao longo da institucionalização.

Esse histórico de enfermagem poderá servir como instrumento de avaliação aos riscos que o idoso residente em uma ILPI possa correr. Para a pesquisa trata-se de uma ferramenta inédita com possibilidades de utilização e replicação para novos estudos científicos a fim de promover avanços para a saúde do idoso institucionalizado. No ensino poderá servir como um instrumento facilitador na interconexão da assistencial (ILPI) e academia (Universidade), a fim de que estratégias sejam articuladas para a compreensão e aplicabilidade do processo de enfermagem ao idoso institucionalizado. Servindo ainda, como referencial para outros estudos na área, a fim de gerar progressos para a educação e para a prática da Enfermagem Gerontogeriatrica.

## REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Projeto SABE. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, 2008; 22(2):30-45.
2. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araújo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):32-8.
3. Valcarenghi RV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas Acta Paul. Enf. 2009. 24(6):828-33.
4. Lenardt MH, Silva SC, Seima MD, Willig MH, Fuchs PAO. Desempenho da vida diária em idosos com Alzheimer. Cogitare Enfermagem. 2011; 16(1):13-21.
5. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery Rev Enferm, 2009; 13 (1):188-193.
6. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: 2005.60p. Available from:  
[http://www.google.com.br/search?q=vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf.&rlz=1C1ARAB\\_enBR442BR443&oq=vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.google.com.br/search?q=vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.&rlz=1C1ARAB_enBR442BR443&oq=vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8).
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 248p.
8. Dias M, França M, Almeida MB, Dias KM, Moreno ML, Bittencourt AM. Mini-exame do estado mental: em busca do conhecimento da alteração da cognição do idoso na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Rev Pesq; Cuid Fundam. 2010; 2(Supl):944-947.
9. Downton JH. Falls in the elderly. Londres: Edward Arnold; 1993.
10. Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Rev Port Saúde Pública. 2010; 28( 2):171-178.
11. Funchal SMAN. Percepções dos professores em relação ao sucesso escolar. O contributo do desporto e da psicologia na elaboração de estratégias de promoção e de intervenção na educação. Centro de Competências das Ciências Sociais. Departamento de Educação Física e Desporto. 2010.

12. Sena J, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Figueiredo PP, Costa VZ. Uma prática pedagógica através das racionalidades socioambientais: um ensaio teórico da formação do enfermeiro.

Texto contexto - enferm. 2010; 19(3):570-77.

13. Depolito C, Leocadio PLLF, Cordeiro RC. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fisioterapia e Pesquisa. 2009; 16(2):183-9.

## 6.2 ARTIGO 2

**Risco de quedas: processo de enfermagem em idosos institucionalizados pela classificação internacional de funcionalidade/incapacidade/saúde<sup>8</sup>**

Risk of drops: nursing process in the elderly institutionalized international classification of functioning / disability / health

Riesgo de caídas: proceso de enfermería en los ancianos institucionalizados la clasificación internacional del funcionamiento / discapacidad / salud

Janaina Amorim de Ávila<sup>9</sup>; Silvana Sidney Costa Santos<sup>10</sup>; Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>11</sup>; Giovana Calcagno Gomes<sup>12</sup>; Adriane M. de Oliveira Netto; Celmira Lange<sup>13</sup>

**RESUMO:** O objetivo foi propor cuidados de enfermagem coletivos para prevenção de quedas em idosos institucionalizados, sustentado pelo processo de enfermagem e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Estudo de caso realizado com nove idosos residentes numa instituição de longa permanência para idosos, Rio Grande do Sul, Brasil, em maio/2012; aplicou-se um Histórico de enfermagem; utilizou-se a análise de *Risner*; identificados diagnósticos/intervenções de enfermagem; identificados os domínios alterados da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. O cuidado de enfermagem foi direcionado aos riscos de quedas, ocasionados por: alterações nas estruturas/funções do corpo, questões ambientais e sedentarismo. Contribuições do estudo: histórico de enfermagem servindo como uma nova ferramenta para identificar diagnósticos/intervenções de enfermagem, alterações biológicas e riscos em quedas. É uma tecnologia de interconexão entre prática e academia, para que estratégias sejam articuladas na aplicabilidade do processo de enfermagem a pessoa idosa institucionalizada com risco de quedas.

---

<sup>8</sup> Artigo originado da dissertação "Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem", sustentada dia 30/08/2012, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Enfermeira.

<sup>9</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. e-mail: [janainaamorim23@hotmail.com](mailto:janainaamorim23@hotmail.com)

<sup>10</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisadora do CNPq. e-mail: [silvanasidney@terra.com.br](mailto:silvanasidney@terra.com.br)

<sup>11</sup> Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). e-mail: [ksalmeidah@yaroo.com.br](mailto:ksalmeidah@yaroo.com.br)

<sup>12</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem da FURG. e-mail: [giovanacalcagno@furg.br](mailto:giovanacalcagno@furg.br)

<sup>13</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e-mail: [celmira\\_lange@terra.com.br](mailto:celmira_lange@terra.com.br)

**Descritores:** Idoso; Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

### **ABSTRACT**

The propose was nursing collective fall prevention in elderly institutionalized, sustained by nursing process and International Classification of Functioning, Disability and Health. Case Studies, in a long-term institution for the elderly, Rio Grande do Sul, Brazil; occurred in May / 2012; used the analysis Risner; identified diagnoses / nursing interventions; identified domains altered the International Classification of Functioning, Disability and Health. The nursing care was directed to the risks of drops, caused by: changes in structures / body functions, environmental issues and a sedentary lifestyle. Contributions of study: nursing history serving as a new tool to identify diagnoses / nursing interventions, and biological changes in risk drops. And an interconnect technology between academia and practice, so that strategies are articulated in the applicability of the nursing process to institutionalized elderly person with drops risk.

**Descriptors:** Elderly, Accidental drops; Long Stay Institution; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nursing.

### **RESUMEN**

El objetivo fue proponer la prevención de enfermería colectiva de caídas en ancianos institucionalizados, sostenidos por el proceso de enfermería y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Estudio de caso llevado a cabo con nueve ancianos residentes de una institución para los Ancianos, Rio Grande do Sul, Brasil, en May/2012; aplicó una Historia de la enfermería se utilizó para analizar Risner; diagnósticos identificados / intervenciones de enfermería; dominios identificados alterado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. El cuidado de enfermería se dirige a los riesgos de caídas, causadas por: cambios en las estructuras / funciones corporales, medio ambiente y un estilo de vida sedentario. Contribuciones de estudio: la historia de enfermería que actúa como una nueva herramienta para identificar los diagnósticos de enfermería/ intervenciones y los cambios biológicos en el riesgo de caídas. Y una tecnología de interconexión entre la academia y la práctica, por lo que las estrategias se articulan en la aplicación del proceso de enfermería para ancianos institucionalizados en riesgo de caerse.

**Descriptor:** Los ancianos, las caídas accidentales; Institución a largo plazo; La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; enfermería.

## INTRODUÇÃO

O alargamento do topo da pirâmide etária brasileira demonstra o crescimento da população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 11,3 em 2010. O aumento da expectativa de vida também aumentou no país<sup>(1)</sup>.

O artigo oitavo da Lei 10.741/2003, Estatuto do Idoso, menciona que o envelhecimento é direito personalíssimo e sua proteção, por imediato, constitui direito social. O nono artigo atribui ao Estado à obrigação de garantia do idoso acerca da proteção à vida e saúde, por meio de políticas públicas que permitam um envelhecimento ativo e em condições de dignidade. O Estado, a sociedade e a família são responsáveis pelos idosos, seja quando eles estão em suas casas ou em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)<sup>(2)</sup>.

ILPI foi expressão adotada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), correspondendo ao *Long Term Care Institution*, para substituir o termo asilo, abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica, ancianato e similares<sup>(3)</sup>. As ILPIs devem proporcionar uma assistência que atenda as necessidades dos residentes, tentando incentivar a manutenção da autonomia e da independência, além de preservar a intimidade e a privacidade dos idosos institucionalizados<sup>(3)</sup>.

A dificuldade de algumas famílias em cuidar do idoso diante uma doença crônica não transmissível (DCNT) é um motivo que leva o idoso à institucionalização. Existem situações em que a família não tem condições de garantia da sobrevivência ou da manutenção do idoso dependente. As ILPIs, ainda constituem desafio, principalmente se contrastadas com a proposta da promoção de saúde, estabelecidas pelas políticas públicas, ferindo o direito à individualidade e autonomia do idoso<sup>(4)</sup>.

Os idosos institucionalizados apresentam maior probabilidade de caírem, pelo sedentarismo. Essa situação pode acarretar consequências na força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física. As quedas nos idosos institucionalizados é uma preocupação dos enfermeiros que atuam nas ILPIs. Torna-se imprescindível conhecer o perfil dos idosos institucionalizados para o estabelecimento de ações específicas de prevenção de quedas a fim de mantê-los aptos e coadjuvantes no processo de prevenção, para adaptar/ajustar a realidade à prática dos conceitos de promoção da saúde, dentro do ambiente da instituição<sup>(5)</sup>.

Na busca de cuidado específico aos residentes em ILPI, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) mostra-se uma ferramenta de valia para o planejamento e implementação de ações do enfermeiro. Evidências demonstram que o atendimento ao idoso de forma fragmentada, sem avaliação da funcionalidade e sem a compreensão das repercussões do envelhecimento nos processos

saúde e doença reflete negativamente na sua saúde<sup>(6)</sup>. A avaliação funcional do idoso é uma ação do enfermeiro e deve ser prioridade no processo de enfermagem.

Na procura pelo cuidado à saúde mais adequado ao idoso surge a necessidade de investir na funcionalidade e autonomia. A OMS, após processo de avaliação e pesquisa formulou CIF, sistema de classificação e modelo teórico baseado na junção dos modelos médico e social, que usa uma abordagem biopsicossocial para integrar as dimensões da saúde. A funcionalidade e incapacidade humana são concebidas como interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais<sup>(6)</sup>).

Ao estudar a CIF e analisá-la, percebe-se sua utilidade e aplicação universal que pode ser empregada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde, contextualizando o atendimento, conforme as necessidades individuais, inclusive direcionando-a as pessoas idosas. Nesta perspectiva, a utilização da CIF aliada ao Processo de Enfermagem (PE) poderá melhor direcionar os cuidados de forma mais específica e adequada às pessoas idosas institucionalizadas.

O PE para o idoso institucionalizado torna-se importante para eficácia do cuidado e deve ser utilizado pelo enfermeiro, que atua na Gerontogeriatrics, cuja especialidade se fundamenta no processo de envelhecimento, valorizando as necessidades bio-psico-socio-culturais e espirituais do idoso. Com esses conhecimentos específicos os enfermeiros poderão padronizar a organização do serviço, estabelecer conceitos teóricos adequados, coletar dados significativos, realizando diagnósticos de enfermagem eficazes ao planejamento e implementação do cuidado de enfermagem ao institucionalizado<sup>(7)</sup>.

Pretende-se nesse artigo responder a seguinte questão de pesquisa: como propor cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados para prevenção de quedas, utilizando-se o processo de enfermagem e a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)?

Foi objetivo desta pesquisa: propor cuidados de enfermagem coletivos para prevenção de quedas junto aos idosos institucionalizados, sustentados pelo processo de enfermagem e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

## **MÉTODOS**

Estudo de caso<sup>(8)</sup>, realizado em instituição de longa permanência para idosos, no Rio Grande do Sul, Brasil. Foram participantes nove idosos, com os critérios de inclusão: ter 60 anos e/ou mais; serem residentes na ILPI há mais de seis meses; terem condições de interação; apresentarem acima de 24 pontos no Miniexame do Estado Mental, (Minimental – MEEM)<sup>(9)</sup>; apresentarem risco para quedas, com 3 ou mais pontos na Escala de Risco de Quedas<sup>(10)</sup>.

Em maio de 2012 foram coletados dados dos prontuários dos idosos, realizadas observações assistemáticas e anotações em diários de campo. Depois, aplicado o histórico de enfermagem elaborado a partir da CIF. As várias fontes são complementares ao estudo de caso e servem como apoio e fortalecimento para enriquecer a investigação, bem como para formar a triangulação, com possibilidade de validação dos dados<sup>(8)</sup>.

A análise dos dados foi realizada por meio da realização de estrutura descritiva que ajudou na identificação da existência de padrões de relacionamento entre os resultados<sup>(8)</sup>. Para tanto foi feita a apresentação dos idosos estudados, a partir do Histórico de Enfermagem; depois foi utilizado o Processo de Análise de *Risner*<sup>(11)</sup>, que serviu de base para identificação dos Diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>(12)</sup>. Posteriormente, foram estabelecidas as intervenções de enfermagem a partir da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)<sup>(13)</sup>. Por último foram identificados os elementos da CIF alterados nos idosos investigados. O projeto desta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob o nº 003/2012.

## RESULTADOS

Em relação às características dos idosos verificou-se: quatro viúvos, dois solteiros/divorciados e um casado; oito mulheres e um homem, dois estão entre 80 a 90 anos; cinco, entre 70 a 80 anos e dois, entre de 60 a 70 anos.

Quanto às principais questões de saúde, observou-se: seis idosos com hipertensão (idosos: 3,4,5,7,8 e 9); quatro com insônia (idosos:1,2,4 e7); os nove idosos apresentaram risco de quedas; cinco com ansiedade (idosos:1,2,3,4 e 7); cinco com dificuldade na marcha (idosos:3,4,7,8 e 9); quatro com acuidade visual diminuída (idosos: 2,3,4 e 7) e necessitando de lentes corretivas; três com diabetes (3,8 e 9), dois com doenças coronarianas (4 e 5); três com sobrepeso (6,8 e 9); dois com constipação (5 e 7).

Como fatores predisponentes aos riscos de quedas, nos idosos, foram verificados: uso de polifarmácia e barreiras arquitetônicas nos nove pesquisados; dificuldades na marcha quatro em quatro; utilização de dispositivo para locomoção em três; sobrepeso em dois e labirintite em um.

A partir do quadro 1 apresenta-se o processo de enfermagem com as seguintes informações: identificação dos idosos; elementos da CIF alterados nos idoso; diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA e intervenções de enfermagem a partir da NIC.

**Quadro 1** - Processo de Enfermagem direcionado a idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos, utilizando a CIF, a NANDA e a NIC. Rio Grande, RS, Brasil, 2012.

<b>Idosos institucionalizados</b>	<b>Elementos da CIF alterados</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem pela NANDA pelo Processo Análise de Risner</b>	<b>NIC - Intervações de enfermagem pela NIC</b>
<b>Idosos 1,2,3,4,5,6,7,8, e 9</b>	Funções neuromusculoesqueléticas e mobilidades modificadas. Estruturas relacionadas aos movimentos alterados: dificuldades visuais, incontinência urinária e ausência de ambiente/banheiro seguro. Atividades/participação: uso de bengala; Fatores ambientais: ausência de estrutura arquitetônica, que promova segurança e bem estar; Fatores Pessoais modificados: necessidade de substâncias e produtos para auxiliar na mobilidade, na acuidade visual e no tratamento da incontinência urinária.	Risco de quedas relacionado à idade, ao uso de bengala, dificuldades visuais, incontinência urinária, possíveis alterações na taxa de glicose (pós-prandial) e ausência de segurança arquitetônica.	Controlar, avaliando a eliminação urinária; Controlar, adaptando o ambiente a fim de evitar quedas; Monitorar os sinais vitais; Estimular o autocuidado; Controlar, avaliando a dor; Estimular a Terapia com exercícios: para fortalecimento muscular; Promover atividades físicas; Supervisionar a eliminação urinária; Controlar os medicamentos, verificando os efeitos e efetividade; Promover adequada mecânica corporal.
<b>Idosos 3, 4, 5, 7, 8 e 9</b>	Funções/Estruturas cardiovasculares e metabólicas alteradas: hipertensão e Diabetes Mellitus tipo II; Atividade/participação comprometida: auxílio de profissionais para administração da terapia medicamentosa. Fatores ambientais alterados no que se referem ao consumo de <i>medicamentos</i> . Fatores ambientais/Apoio: cuidado permanente. Funções pessoais comprometidas: não adere à terapia nutricional prescrita.	Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída relacionada às patologias crônicas (hipertensão e diabetes mellitus tipo II).	Administrar medicamentos, conforme a prescrição; Controlar a nutrição, conforme a necessidade e alteração biológica; Monitorar sinais vitais; Cuidar os pés (diabético); Controlar a ansiedade; Controlar a glicemia; Estimular a prática do exercício físico.
<b>Idoso 4, 5, 6 e 7</b>	Atividade/Participação: desconhecimento sobre associação das reações dos medicamentos; Fatores Ambientais; Produtos/Tecnologias: consumo de grande quantidade de medicamentos; Atenção dos profissionais de saúde acerca dos riscos que a idosa corre quanto à utilização da polifarmácia.	Proteção ineficaz relacionada às terapias com medicamentos trombolíticos, antidepressivos, betabloqueadores, diuréticos de alça, vasodilatadores, corticosteroides, antibióticos, e outros.	Estimular o autocuidado; Supervisionar a interação medicamentosa; Monitorar os medicamentos; Identificar possíveis riscos de quedas, provocados pelo uso de medicamentos que desencadeiam vertigens, tonturas, sonolência e outros.
<b>Idoso 5, 8 e 9</b>	Funções/estruturas metabólicas prejudicadas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos; Atividade/participação comprometida: desconhecimento quanto a própria saúde, aos sinais e sintomas do aumento nos níveis glicêmicos e	Risco de glicemia instável relacionado ao peso alterado, aumento dos níveis glicêmicos e controle inadequado de medicamentos.	Monitorar regularmente os níveis de glicose sanguínea; Monitorar os sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-

	<p>controle inadequado de medicamentos; Fatores ambientais prejudicados: quanto ao consumo de substâncias (alimentos) inadequadas, alterando os níveis glicêmicos; Fatores ambientais - atitudes dos profissionais de saúde da ILPI comprometida: necessidade de educação permanente acerca das DCNT que podem surgir com o envelhecimento; Fatores pessoais prejudicados: desconhecimento acerca do tratamento adequado à diabetes mellitus tipo II.</p>		<p>estar, embaçamento da visão e cefaleia; Encorajar a ingestão oral de líquidos; Identificar os riscos de hiperglicemia; Orientar quanto ao uso das medicações, os riscos e as possíveis interações; Encorajar a automonitoração dos níveis de glicose sanguínea; Orientar sobre o controle da diabete, inclusive o uso de agentes orais, a ingestão hídrica, a reposição de carboidratos e a busca de auxílio de profissional da saúde, quando necessário; Facilitar a adesão à dieta e às atividades físicas.</p>
<b>Idosos 8 e 9</b>	<p>Funções/estruturas digestivas alteradas: excesso de ingestão de alimentos; Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, alimentando-se a mais do que as necessidades metabólicas; Fator ambiental comprometido: usa várias substâncias (alimentos). Fatores pessoais comprometidos: desconhecimento do sobrepeso.</p>	<p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas, evidenciadas pelo peso 20% acima do ideal para altura e compleição; abdome globoso.</p>	<p>Promover o aconselhamento nutricional para evitar os excessos alimentares; Incentivar a perda de peso; Incentivar a modificação de comportamento alimentar; Promover exercícios a fim de reduzir peso; Estimular técnicas de redução da ansiedade; Promover a terapia nutricional.</p>
<b>Idoso 3</b>	<p>Funções/Estruturas visuais alteradas: acuidade diminuída em ambos os olhos; Atividade/participação alterada: necessidade de produtos (óculos) para desempenhar as atividades da vida diária.</p>	<p>Percepção sensorial visual perturbada relacionada à recepção sensorial alterada evidenciada pela acuidade visual diminuída.</p>	<p>Adaptar, mantendo o ambiente seguro a fim de evitar acidentes por quedas; Cuidar dos olhos (diabético); Controlar medicamentos, verificando os efeitos e efetividade; Monitorar função neurológica; Monitorar função oftalmológica.</p>
<b>Idoso 3</b>	<p>Funções/Estruturas geniturinárias alteradas: incontinência urinária de urgência; Atividade/participação comprometida: falta de esclarecimento sobre a incontinência urinária; Atividade/participação/cuidado pessoal alterados, decorrentes da incontinência, levando-a a lavar-se constantemente, pela perda involuntária de urina; Fatores Ambientais: necessita de produtos e substâncias (medicamentos) para manutenção (cuidados) das lesões</p>	<p>Incontinência urinária de urgência relacionada ao uso de diuréticos, hiperatividade do detrusor, com prejuízo da contratilidade da bexiga e incontinência urinária.</p>	<p>Controlar eliminação urinária; Controlar medicação; Controlar, adaptando-o ao ambiente, para evitar acidentes por quedas; Avaliar a incontinência urinária; Treinar o hábito urinário; Estimular os cuidados com o perineo;</p>

	do períneo e dos problemas originados da incontinência (umidade e infecção urinária).		Incentivar a higiene pessoal; Orientar exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica; Induzir ao esvaziamento vesical.
<b>Idoso 4</b>	Função/Estrutura auditiva modificada: decorrentes do processo de envelhecimento; Atividade/participação alterada: dificuldade de ouvir, de entender a comunicação (receber mensagens verbais) e interagir/relacionar com as pessoas; Fatores Ambientais: barreira auditiva, necessitando de produtos (próteses auditivas) para o desempenho na vida diária; O som do ambiente desencadeado pelos ruídos sonoros e deficiência auditiva no ouvido direito. Fatores pessoais afetados: comprometimento auditivo no ouvido direito.	Percepção sensorial auditiva perturbada relacionada à recepção alterada, evidenciada pela mudança na acuidade auditiva no ouvido direito.	Controlar, adaptando-o ao ambiente para evitar quedas; Controlar os medicamentos; Realizar controle hídrico; Estimular a autoestima; Dar mais atenção aos ouvidos; Supervisar segurança ambiental; Supervisionar o sono.
<b>Idoso 4</b>	Funções/estruturas cardiovasculares alteradas: cardiopatia e dor anginosa; Atividade/participação alteradas: dificuldade em desempenhar atividades devido as condições de saúde; dor anginosa aguda; uso de substâncias (medicamentos); Fatores ambientais: - Ambiente/clima: mudanças na temperatura, como estações muito frias acarretando dor anginosa, necessidade de manter idosa aquecida; Fatores pessoais modificados: alterações cardiovasculares que impedem a idosa de realizar algumas atividades, em virtude da dor.	Dor aguda relacionada aos agentes lesivos biológicos evidenciados pelo relato de dor anginosa.	Administrar adequadamente os medicamentos; Supervisionar o ambiente para evitar acidentes por quedas; Melhorar a segurança ambiental; Supervisionar o sono; Promover conforto; Auxiliar no enfrentamento; Orientar técnicas para redução da ansiedade; Administrar oxigenoterapia, conforme a necessidade; Realizar suporte emocional; Controlar a nutrição, adaptando a necessidade e as condições físicas; Monitorar os sinais vitais.
<b>Idoso 5</b>	Funções de impulso e energia alterados, devido ao envelhecimento, desconhecimento acerca dos benefícios de praticar atividade física; Atividade/participação comprometidos: falta de: motivação, energia e desconhecimento em cuidar da própria saúde. Fatores ambientais alterados: falta de interesse em realizar atividade física e reduzir peso. Fatores pessoais alterados: falta de motivação decorrente: da idade, da falta de vínculos familiares.	Estilo de vida sedentário relacionada à falta de motivação, interesse e desconhecimento sobre os benefícios que atividade física traz à saúde.	Estimular o autocuidado; Estimular atividade/exercício; Controlar a nutrição, adaptando conforme a necessidade proteica e biológica; Controlar medicamentos; Promover atividades físicas; Inserir exercícios: controle muscular; Controlar o ambiente: promovendo conforto e segurança; Monitorar os sinais vitais.

<b>Idoso 7</b>	Funções/estruturas neuromusculoesqueléticas alteradas: dor lombar; Atividade/participação alteradas: dificuldade em: cuidar da própria saúde, devido a dor lombar; Fatores ambientais: em decorrência da lombalgia, se faz necessário uso de substâncias (medicamentos) para amenizar desconforto físico; Ambiente/clima – Fatores pessoais modificados: dor lombar.	Dor relacionada crônica às lombalgias.	Administrar medicamentos; Controlar o ambiente, adaptando-o a fim de evitar quedas; Promover segurança e conforto; Melhorar o sono; Ajudar no enfrentamento; Utilizar técnicas de redução da ansiedade; Administrar oxigenoterapia; Controlar a nutrição, adaptando-o às necessidades proteicas e fisiológicas; Monitorar os sinais vitais.
<b>Idoso 7</b>	Funções/estruturas neuromusculoesqueléticas alteradas: labirintite; Atividade/participação modificadas: instabilidade no equilíbrio (labirintite, interferindo quanto a levantar e carregar objetos, andar, utilizar transportes); Atividade/participação alteradas: no cuidado pessoal, já que banhar-se, caminhar, realizar algum exercício necessita de supervisão constante, em virtude de possível vertigem, tontura e instabilidade postural; Atividade/participação: vida prejudicada em decorrência da labirintite; Fatores ambientais prejudicados: necessita de substâncias (remédios) para alívio das vertigens, tonturas, náuseas, vômitos e sensação de desmaio, decorrente da labirintite; Fatores pessoais prejudicados: idosa teme as crises de labirintite e evita realizar atividades rotineiras.	Mobilidade física prejudicada relacionada ao equilíbrio alterado, evidenciado pela labirintite.	Estimular o autocuidado; Estimular atividade/exercício prescrito; Promover o exercício para fortalecimento muscular, equilíbrio e prevenção de quedas.

Os elementos mais alterados quanto à CIF foram: Funções/Estruturas cardiovasculares: hipertensão; Funções/estruturas metabólicas: diabetes mellitus tipo II, aumento do peso e alterações nos níveis glicêmicos; Estruturas relacionadas aos movimentos: dificuldades visuais, incontinência urinária; Fatores ambientais: ausência de estrutura arquitetônica que promova segurança e bem estar; Fatores pessoais: falta de motivação para atividades físicas, ausência de vínculos familiares; Atividades/participação: uso de bengala; supervisão contínua de profissionais para administração da terapia medicamentosa; consumo de grande quantidade de medicamentos (polifarmácia).

Os títulos diagnósticos de enfermagem mais identificados segundo a NANDA foram: Risco de quedas, Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída, Proteção ineficaz, Risco de glicemia instável, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Percepção sensorial visual perturbada, Incontinência urinária de

urgência, Percepção sensorial auditiva perturbada, Dor aguda, Estilo de vida sedentário, Dor crônica, Mobilidade física prejudicada. Com intervenções correlatas a partir da NIC.

## DISCUSSÃO

Em relação às características dos idosos, verificou-se predominância de idosos sozinhos e sem companheiros, fato preponderante para o risco de solidão, ansiedade, isolamento e depressão<sup>(3)</sup>. As mulheres idosas, quando ficam viúvas não costumam instituir novo matrimônio, esta situação é mais comum entre os homens<sup>(6)</sup>.

As mulheres constituem a maior parcela da população idosa no Brasil<sup>(6)</sup>. Quando as idosas tornam-se frágeis ou incapazes, os filhos não assumem o papel de cuidadores e, quando não há filhos ou parentes, a institucionalização torna-se alternativa mais provável<sup>(6)</sup>. As projeções mundiais comprovam um predomínio por residentes de ILPIs com uma faixa etária mais idosa nas ILPIs<sup>(6)</sup>.

A possibilidade de um idoso ter uma queda tem relação direta com a sua idade. Indivíduos maiores de 65 anos apresentam chances de cair entre 28-35% ao passo que aqueles maiores de 75 anos podem cair até 40% mais vezes<sup>(14)</sup>.

Algumas alterações biológicas esperadas no envelhecimento ocorrem no sistema cardiovascular. Pode verificar-se uma diminuição na capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos; redução da frequência cardíaca em repouso; aumento do colesterol e diminuição da resistência vascular, com consequente aumento da pressão arterial<sup>(15)</sup>.

A insônia presente em alguns institucionalizados pode ser secundária às causas situacionais, como nos processos de institucionalização, onde o idoso, nessas situações, pode ter grande dificuldade de adaptação inicial, por se tratar de um ambiente estranho, às vezes barulhento, com outros horários e rotina. Também pode ser consequência de efeitos colaterais de alguns fármacos, como: anti-hipertensivos (metildopa, clonidina, reserpina, propranolol, atenolol e pindolol), anticolinérgicos (brometo de ipratrópio), broncodilatadores (terbutalina, salmeterol), xantinas (teofilina) e antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina<sup>(16)</sup>.

Estudo realizado com idosos institucionalizados acerca de fatores predisponentes aos riscos de quedas, em São Paulo/SP, encontrou elevada prevalência entre os mesmos relacionando-as com presença de: idade mais avançada, grande número de comorbidades, polifarmácia, algum grau de *déficit* cognitivo e funcional e locomoção com auxílio de bengala<sup>(17)</sup>.

Os prejuízos e desfechos negativos do uso de medicamentos por idosos são bem reconhecidos e estudados. A frequência de eventos adversos relacionados aos medicamentos é maior nesta faixa etária, aumentando expressivamente de acordo com a

complexidade da terapia. O risco de ocorrência aumenta em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos<sup>(18)</sup>.

As barreiras arquitetônicas como a presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados e sem suporte de segurança, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos facilitadores de quedas com causas extrínsecas para os idosos residentes em ILPIs<sup>(19)</sup>.

A marcha também se altera com o envelhecimento, em decorrência do acometimento de vários sistemas e órgãos responsáveis pelo controle motor. Dessa forma, o idoso fica mais susceptível a tropeçar e a cair<sup>(20)</sup>.

A idade avançada e a institucionalização leva o idoso à fragilização. O crescimento demográfico dos idosos fragilizados no Brasil tem conduzido à demanda crescente de profissionais que utilizam abordagens diversas para intervir na progressão das DCNTs e suas comorbidades. Vários dispositivos de auxílios estratégicos visam reduzir o impacto da disfunção física e implementados para atender aos idosos fragilizados e dependentes que têm necessidade de manter sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida<sup>(21)</sup>. Porém, há necessidade de acompanharem-se esses idosos, principalmente na prevenção dos acidentes por quedas.

A falta de equilíbrio em idosos, a presença de tonturas, sensação de flutuação e mesmo vertigem, podem levar os idosos à diminuição da força nos membros inferiores, precisando se sentar ou deitar. Esses sintomas são preocupantes e podem ocasionar quedas<sup>(22)</sup>.

Durante o envelhecimento algumas DCNTs são potencializadas pela presença da obesidade, aumentando o potencial de risco à saúde do idoso. A concentração da população na área urbana, com mais atividades burocráticas, menos atividade física, a automatização e os avanços da sociedade na área tecnológica contribuem para uma vida mais sedentária; somando-se com alimentação industrializada rica em gorduras e calorias, fatores que contribuem para obesidade<sup>(23)</sup>, principalmente nos idosos.

Os elementos da CIF mais comuns nos idosos pesquisados foram: a dificuldade em manejar com o tratamento das DCNT; as barreiras em adquirir hábitos saudáveis, como alimentação com menos gordura e calorias; a ausência de enfrentamento das adversidades, algumas surgidas com o processo de envelhecimento.

As alterações das funções do sistema cardiovascular são as mais frequentes, seguido pelas mentais, osteomusculares, sensoriais, metabólicas e nutricionais. Muitas dessas modificações demandam um alto custo financeiro à saúde, além de acarretarem complicações, com grande repercussão e interferência no grau de dependência e funcionalidade e na expectativa de vida dos idosos<sup>(24)</sup>.

Foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados: Estilo de vida sedentário, Mobilidade física prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada, Percepção sensorial perturbada: auditiva, Memória prejudicada, Risco de quedas, Risco de trauma. O enfermeiro necessita realizar o planejamento do cuidado ao idoso, buscando resolver os problemas identificados, tendo por base os recursos potenciais desse idoso e da ILPI. O referido planejamento necessita ser sucessivamente revisado, pois se modifica conforme cada idoso avaliado<sup>(5)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A realização dessa pesquisa buscou propor cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados a fim de promover a prevenção de quedas, utilizando o processo de enfermagem e a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF).

A limitação da pesquisa foi a dificuldade em localizar produção científica de enfermeiros, enfocando a CIF, necessitando-se utilizar fontes de outras áreas/profissionais de saúde para construção do processo de enfermagem.

Como ponto positivo, destacou-se a elaboração do Histórico de enfermagem, ferramenta que avalia a pessoa idosa a partir da abordagem de elementos da CIF, enfocando dimensões biopsicossociais e as repercussões na saúde.

Agregando os elementos conceituais da CIF ao PE retratou-se a multidimensionalidade como explicação do nível de funcionalidade e saúde de uma pessoa idosa, possibilitando relações de determinação que vão além de diagnósticos clínicos de enfermagem.

Os focos utilizados nos elementos da CIF foram: informações demográficas/epidemiológicas, alterações nas funções do corpo e/ou nas estruturas do corpo, fatores ambientais e pessoais descritos e observados.

Facilitando o trabalho dos enfermeiros nas instituições de longa permanência para idosos a fim de que estratégias sistemáticas sejam traçadas para minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores.

## **REFERÊNCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. Uma Análise das Condições de Vida da População. Available from:

[http://www.google.com.br/search?q=http%3A%2F%2Fwww.ibge.gov.br%2Fhome%2Festatistica%2Fpopulacao%2Fcondicaodevida%2Findicadoresminimos%2Fsinteseindicais2010%2FSIS\\_2010.&rlz=1C1ARAB\\_enBR442BR443&oq=http%3A%2F%2Fwww.ibge.gov](http://www.google.com.br/search?q=http%3A%2F%2Fwww.ibge.gov.br%2Fhome%2Festatistica%2Fpopulacao%2Fcondicaodevida%2Findicadoresminimos%2Fsinteseindicais2010%2FSIS_2010.&rlz=1C1ARAB_enBR442BR443&oq=http%3A%2F%2Fwww.ibge.gov)

[.br%2Fhome%2Festatistica%2Fpopulacao%2Fcondicaodevida%2Findicadoresminimos%2Fsintheseindicais2010%2FSIS\\_2010.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8.](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto+do+idoso.pdf)

2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília; 2003. Available from: [http://www.google.com.br/search?q=portal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2Festatuto+do+idoso.pdf&rlz=1C1ARAB\\_enBR442BR443&aq=0&oq=portal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2Fidoso.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8.](http://www.google.com.br/search?q=portal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2Festatuto+do+idoso.pdf&rlz=1C1ARAB_enBR442BR443&aq=0&oq=portal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2Fidoso.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

3. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev. Gaucha Enferm.* 2009; 30(3):492-9.

4. Tavares L, Takase E, Chaves AA, Schmidt B, Guidoni BC. Stimulation programs in institutionalized elder people: effects of cognitive and physical activities. *Revista Digital.* 2009; 13(129), Buenos Aires, Febrero de 2009. Available from: <http://www.efdeportes.com>

5. Valcarengui RV, Santos SSC, Barlem ELD, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul. Enf.* 2011; 24(6):828-33.

6. Organização Mundial da saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Gontijo. – Brasília:2005. 60p. Available from: [http://www.google.com.br/search?q=vsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fenvelhecimento\\_ativo.pdf.&rlz=1C1ARAB\\_enBR442BR443&oq=vsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fenvelhecimento\\_ativo.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.google.com.br/search?q=vsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fenvelhecimento_ativo.pdf.&rlz=1C1ARAB_enBR442BR443&oq=vsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fenvelhecimento_ativo.pdf.&sugexp=chrome,mod=19&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

7. Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de Enfermagem em idosos dependentes residentes em uma Instituição de Longa Permanência em Fortaleza – CE. *Cienc. Cuid.Saúde.* 2010; 9(3):518-526.

8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos; tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damacena. – 4ª ed. - Porto Alegre: Bookman; 2010. 248p.

9. Dias M, França M, Almeida MB, Dias KM, Moreno ML, Bittencourt AM. Mini-exame do estado mental: em busca do conhecimento da alteração da cognição do idoso na zona oeste do município do Rio de Janeiro. *Rev Pesq: Cuid Fundam Online.* 2010;(2):944-947.

10. Downton JH. Falls in the elderly. Londres: Edward Arnold; 1993.

11. Oliveira CAP, Marin MJS, Marchioli M, Pizoleto BHM, Santos RF. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública.* 2009, 25(5):1007-1016.

12. Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) - 4ª ed. editora: Artmed; 2008. 988p.

13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Viana JU; Oiveira MC; Magalhães TC. Quedas intra-hospitalares na santa casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? *Fisioter Pesq.* 2011; 18(1):72-78.
15. Fachine BRA; Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontece com idoso com passar dos anos. *Revista Científica Internacional.* 2012; 1(7):106-94.
16. Sá RMB; Motta LB; Oliveira FJ. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2007; 10(2): 217-230.
17. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):991-7.
18. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(1):136-140.
19. Siqueira FCV; Facchini LA; Silveira DS; Piccini RX; Thumé E; Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(1):39-44.
20. Laprega MR; Gardezani PM; Vidal P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008; 11(2): 181-189.
21. Andrade VS; Pereira LSM. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009; 12(1): 113-122.
22. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Chaves SP, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Rev. Texto e Contexto Enfermagem.* 2008; 17(1):141-9.
23. Eskinazi FMV; Marques APO; Leal MCC; Duque AM. Envelhecimento e a epidemia da obesidade. *UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde.* 2011; 13(Esp):295-8.
24. Cardoso AF. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do Envelhecimento. *Revista Digital.* Año 13 – (130). Buenos Aires, 2009.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa buscou propor cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados a fim de promover a prevenção de quedas, utilizando o processo de enfermagem e a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF). O uso do raciocínio de Risner favoreceu o alcance dos objetivos de criar instrumento que facilitasse o processo de enfermagem, visando à prevenção de quedas nas pessoas idosas institucionalizadas, embasado nos elementos da CIF. E desenvolver cuidados de enfermagem, por meio do PE, utilizando NANDA e NIC.

Esse Histórico de enfermagem integra enfoque biopsicossocial e as repercussões nas dimensões da saúde. Foi construído, inicialmente, abordando a situação social da pessoa idosa, funções dos sistemas orgânicos e as estruturas do corpo. Os componentes - atividades e participação retrataram os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual e social. Já os contextuais corresponderam aos fatores ambientais que tiveram impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade, organizados sob uma forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao geral. O segundo componente consistiu em fatores pessoais, que não são descritos na CIF devido à grande variabilidade social e cultural associada aos mesmos.

A conjuntura social e os dados da pessoa idosa admitida na ILPI – descreveram as condições financeiras, nível de conhecimento, condição civil, presença de vínculo familiar e comprometimento de algum parente para com a pessoa idosa. Como o objetivo desse histórico foi atender as necessidades e facilitar o trabalho do enfermeiro e sua equipe, as doenças são questionadas, bem como a história pregressa das doenças, doenças crônicas, hábitos da vida diária e utilização de drogas ilícitas. Os medicamentos são descritos a fim de oferecer uma interpretação clínica mais fidedigna das reais dificuldades que o idoso demonstra no momento da chegada à instituição.

No segundo domínio foram descritos os componentes da funcionalidade e da incapacidade, as quais incluíram duas classificações, uma para as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas anatômicas do corpo, tais como: órgãos, membros e seus componentes. As deficiências são visualizadas como problemas tipo: desvio importante ou perda.

Esse instrumento iniciou com as funções mentais - cerebrais. Todo o histórico foi projetado nos moldes de um *chek list*. As funções mentais delinearam: consciência, orientação no tempo e no espaço, intelectuais, psicossociais globais, temperamento e da personalidade,

energia e impulsos, sono, utilização de medicamentos para o sono. Já as mentais específicas envolveram: atenção, memória, funções psicomotoras, emocionais, percepção, de pensamento, mentais de linguagem e sequência de movimentos complexos.

As funções sensoriais aferiram os sentidos fundamentais do corpo: visão, audição, tato, paladar e olfato. A sensação de dor foi detectada, através do exame físico a fim de avaliar o tipo e a forma de manifestação da dor. Nesse momento foram verificadas as deficiências, as correções e as necessidades de ajustes com o uso de acessórios ou dispositivos para a manutenção dos sentidos. As funções foram detectadas através das perguntas e exame físico obedecendo a um critério céfalocaudal.

As funções da voz e fala, referiram-se à produção de sons feita através da coordenação da laringe e dos músculos adjacentes com o aparelho respiratório. Quanto à estrutura da laringe foi verificada a capacidade de impedir a entrada de alimento nas vias aéreas, admitindo somente a passagem de ar. Aparelho respiratório – funções relacionadas com a inspiração e a expiração do ar. Funções do Aparelho digestivo: funções relacionadas com a ingestão, digestão e eliminação de sólidos ou líquidos pelo corpo. Sistema endócrino: se apresenta ou não as alterações hormonais no organismo. Genitourinárias: funções de filtração e drenagem da urina. Funções sexuais: funções mentais e físicas relacionadas com o ato sexual, incluindo as fases de excitação, de planalto, orgásmica e de resolução. Nessa fase foram questionadas sobre relação sexual, presença de desconforto durante o ato. Funções neuromusculoesqueléticas e de movimento: descreveram a mobilidade, incluindo as articulações, os ossos, reflexos e músculos. Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento: foram analisados: os ossos, articulações, músculos, ligamentos extra-articulares, fascias, septos, bolsas serosas, não especificadas que auxiliam na mobilidade. Pele e estruturas: funções de proteção da pele, unhas e pelos.

Outra questão bem enfatizada durante a pesquisa foi à situação da locomoção, marcha, independência, ou se apresenta um dependência parcial ou total. Uso de dispositivos de apoio para se deslocar, modo como realiza os movimentos, o empenho e o esforço envolvido nas ações de deslocamento, as considerações de segurança do ambiente, enfim as funções de mobilidade, estabilidade das articulações, ossos, força e tônus muscular, reflexos motores e motricidade dos membros superiores e inferiores.

As limitações e participações da pessoa idosa foram observadas no sentido de verificar a execução de tarefas ou envolvimento em situações vitais. Esse contexto incluíram fatores ambientais - como aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se de fatores ambientais. Nesse domínio também se visualizou: desempenho da

comunicação, prática de atividade física, autocuidado, interação, relação com outras pessoas, vida social fora da instituição, se usufrui de direitos civis e se é participante da vida comunitária. A segurança física foi avaliada a fim de verificar como a pessoa idosa institucionalizada está sendo atendida, pois os riscos de quedas que as barreiras arquitetônicas promovem a essa população são altíssimos. Fato que pode ser modificado com esse cuidado e também poderá ajudar com a redução dos índices de hospitalizações, gastos financeiros, tratamento e reabilitação.

O histórico de enfermagem elaborado demonstra ser guia completo e facilitador para exame global, pois ele correlaciona os fatores biológicos, físicos, sociais e todas as adversidades em torno de um indivíduo, tornando-se um facilitador para aplicação do PE e do cuidado de enfermagem a pessoa idosa institucionalizada.

A primeira limitação do estudo foi a dificuldade em localizar produção científica de enfermeiros, enfocando a CIF, necessitando utilizar outras fontes de outras áreas da saúde para construção do processo de enfermagem a partir da CIF.

Os achados evidenciaram: que a maioria dos residentes era do sexo feminino, na condição civil de viúvas, faixa etária entre 80 a 90 anos, sabiam ler e escrever, doença crônica preponderante – hipertensão. Todos os sujeitos do estudo, independente, de serem usuários do sistema de dormitório coletivo ou individual apresentavam riscos a quedas, devido a barreiras arquitetônicas, que a instituição apresenta. E a barreira mais visualizada foi falta de suporte de auxílio no banheiro. Verificou-se que apresentavam hábitos sedentários que acarretavam aumento de peso e comprometimento na mobilidade. Alguns faziam uso de dispositivos para facilitar a marcha, devido, a dificuldades acarretadas pelo processo de envelhecimento. Todos os sujeitos faziam uso de polifarmácia. Sendo que esta constatação traz à tona a questão da vulnerabilidade da pessoa idosa a eventos adversos, decorrentes ao uso e os efeitos que a interação medicamentosa pode desencadear.

A complexidade clínica que a pessoa idosa apresenta em decorrência do processo de envelhecimento, torna-os alvos fáceis de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, podendo causar prejuízos orgânicos, bem como quedas.

Foram identificados doze diagnósticos de enfermagem para os idosos. Para cada idoso a média de diagnóstico de enfermagem foi de quatro, seguindo a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association. Verificou-se em média de três a quatro domínios alterados da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e também o mesmo número ou mais de intervenções de enfermagem por meio da Nursing Interventions Classification.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco de quedas, Risco para perfusão tissular cardíaca diminuída, Proteção ineficaz, Risco de glicemia instável, Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, Percepção sensorial visual perturbada, Incontinência urinária de urgência, Percepção sensorial auditiva perturbada, Dor aguda, Estilo de vida sedentário, Dor crônica, Mobilidade física prejudicada.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para cuidado de enfermagem mais adequado, específico, a fim de que a pessoa idosa institucionalizada se submeta a um cuidado de enfermagem multidimensional, conforme preconiza a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. E, através dessa perspectiva, promover possibilidades para que estratégias sejam criadas para a manutenção da autonomia, funcionalidade e prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada.

Verifica-se que a relação CIF, PE (NANDA e NIC) beneficiará a prática assistencial do enfermeiro, pois esse método de avaliação possibilita a identificação de incapacidades e deficiências da pessoa idosa institucionalizada.

Para a ciência e pesquisa, será uma tecnologia a mais na promoção de cuidado, pois observa, analisa, interpreta e implementa cuidados para uma saúde biopsicossocial da pessoa idosa.

No ensino, poderá servir como ferramenta facilitadora na conexão da área assistencial (ILPI) e da academia (Universidade), objetivando estabelecer táticas articuladoras, para a melhor compreensão e aplicabilidade do processo de enfermagem a pessoa idosa institucionalizada. Servindo ainda, como referencial para outros estudos na área, a fim de gerar progressos para a educação e para a prática da Enfermagem Gerontogerátrica.

## REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev. Gaucha Enferm*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-9, 2009.

ALVES, L. C. et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1924-1930, ago, 2007.

ANDRADE, V.S; PEREIRA, L.S.M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 12, n.1, p. 113-122, 2009.

ARAÚJO, R.D.; MARQUES, I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. *Rev.Bras.de Enferm.*, Brasília, v. 60, n.6, p. 676-80, nov.\dez, 2007.

ARBEX, F.S.; ALMEIDA, E.A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med*, v.7, p.339-342, 2007.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paul Enferm*, v. 22, p.864-7, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. – CONEP. *Resolução nº196/96*: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em:

[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ekmUxYwzhjsJ:conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.+Conselho+Nacional+de+Sa%C3%BAde.+Comiss%C3%A3o+Nacional+de+%C3%A9tica+em+Pesquisa.+%E2%80%93+CONEP.+Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA196/96&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEStjt0FpLtniGzNGrl6POmwZ00zDeO0qvReGo9xleGCfLIdDOeqyW-xRoprPbH7DnO7VmG-CWrH2PNf2PwiXRfEK91tQCzqAv8szQhzsqa6PhwLjMJGan0W8iMtXNSmVYW\\_UiCZ&sig=AHIEtbSDUkFsH7ajAaHvLcL7fgBPwDhgDg](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ekmUxYwzhjsJ:conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde.+Conselho+Nacional+de+Sa%C3%BAde.+Comiss%C3%A3o+Nacional+de+%C3%A9tica+em+Pesquisa.+%E2%80%93+CONEP.+Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA196/96&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEStjt0FpLtniGzNGrl6POmwZ00zDeO0qvReGo9xleGCfLIdDOeqyW-xRoprPbH7DnO7VmG-CWrH2PNf2PwiXRfEK91tQCzqAv8szQhzsqa6PhwLjMJGan0W8iMtXNSmVYW_UiCZ&sig=AHIEtbSDUkFsH7ajAaHvLcL7fgBPwDhgDg). Acessado em: 27/07/2011.

\_\_\_\_\_. *Comissão dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados V Caravana Nacional dos Direitos Humanos*: uma mostra da realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil. Brasília, Março de 2002. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/relatorios/idosos.html>. Acessado em: 05/10/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – SNPES. *Portaria nº 810/89*. Normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/05/port810.html>. Acessado em: 05/10/2011.

\_\_\_\_\_. Portaria SAS-073 de 10 de maio de 2001. Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social Gerência de Atenção à Pessoa Idosa - *Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil*. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt->

[BR&noj=1&site=webhp&q=.+Portaria+SAS-073+de+10+de+maio+de+2001.+Secretaria+de+Pol%C3%ADticas+de+Assist%C3%AAncia+Social+Departamento+de+Desenvolvimento+da+Pol%C3%ADtica+de+Assist%C3%AAncia+Social+Ger%C3%AAncia+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Pessoa+Idosa+&q=.+Portaria+SAS-073+de+10+de+maio+de+2001.+Secretaria+de+Pol%C3%ADticas+de+Assist%C3%AAncia+Social+Departamento+de+Desenvolvimento+da+Pol%C3%ADtica+de+Assist%C3%AAncia+Social+Ger%C3%AAncia+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Pessoa+Idosa+&gs\\_l=serp.12...5470.5470.0.6276.1.1.0.0.0.0.0.0...0.0...1c.2.EMKwVsO3kiw](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acessado em: 05/10/2011.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – *Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Disponível em: <http://www.slideshare.net/hebertandrade/visa-anvisa-manual-de-gerenciamento-dos-residuos-de-servios-de-sade>. Acessado em: 05/10/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Política Nacional do Idoso*. Brasília; 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acessado em: 25/07/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília; 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acessado em: 15/06/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006 a. (Cadernos de Atenção Básica, n.19). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acessado em: 20/07/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528, de 19 de Outubro de 2006 - *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília; 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acessado em: 25/07/2011.

BESSA, M.E.P. et. al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta paul. Enferm.* v.25, n.2, São Paulo, 2012.

BONARDI, G., SOUZA, V. B. A., MORAES, J. F.D. Incapacidade Funcional e Idosos: Um desafio para os profissionais da saúde. *Rev. Scientia Medica*, Porto Alegre, RS, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set., 2007.

BORGES, P.S.; MARINHO, FILHO; L.N.E.; MASCARENHAS, C.H.M. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.13, n.1, Rio de Janeiro, 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V.de, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.119, p. 1131-1141, 2006.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. et. al. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

BUKSMAN, S. et. al. Quedas em idosos: prevenção. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

CAMARANO, A.A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, A.L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade*. Ed. Fundação Perseu Abramo, ed. Sesc, p. 169-190, , São Paulo, 2007.

CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CAMPOS, M.T.S; MONTEIRO, J.R. et. al. *Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso*. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAd-UAH/nutricao-idosos>. Acesso em: 13/06/2012.

CAMPOS, T.F. et. al. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Rev Bras Fisioter.*, São Carlos, v. 16, n. 1, p. 23-9, jan./fev., 2012.

CARDOSO, A.F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do Envelhecimento. *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 13, n. 130, Marzo, 2009.

CARLOS, A.P.; HAMANO, I. H.; TRAVENSOL, C.F. Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 181-196, jan., 2009.

CARVALHO, A. P. L.; ZANARDO, V. P. S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim – Rio Grande do Sul. *PERSPECTIVA*, Erechim\RS, v.34, n.125, p. 117-126, março, 2010.

CATÃO, M.H.C.; XAVIER, A.F.C.; PINTO, T.C.A. o impacto das alterações do sistema Estomatognático na nutrição do idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 9, n. 29, jul/set., 2011.

CAVALCANTI, C.L. et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.5, p. 2383-2390, 2011.

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: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>

COSTA, A.G.S. et. al. Identificação do risco de quedas em idosos após Acidente vascular encefálico. *Esc. Anna Nery.*, v. 14, n.4, p. 684-689, out-dez., 2010.

COUTINHO, W.L.M. et. al. Correlação do nível funcional e da qualidade de vida entre idosos não diabéticos, diabéticos e diabéticos neuropatas. *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 16, n. 156, Mayo, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>

CREUTZBERG, M. et. al. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto.l*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2007.

CUNHA, G.H. et.al. Condutas terapêuticas no manejo da constipação Crônica. *Revista Eletrônica Pesquisa Médica*, v.2, n. 4, Out\Dez, 2008.

DE FENDI, L.I. Qualidade da avaliação da acuidade visual realizada pelos professores do programa “Olho no olho” da cidade de Marília, SP. *Arq Bras Oftalmol*, São Paulo, v. 71, n. 4, p.509-13, 2008.

DEPOLITO, C.; LEOCADIO, P.L.L.F.; CORDEIRO, R.C. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.16, n.2, p.183-9, abr./jun. 2009.

DIAS, M. et. al. Mini-exame do estado mental: em busca do conhecimento da alteração da cognição do idoso na zona oeste do município do Rio de Janeiro. *Rev Pesq: Cuid Fundam.*, v.2, n.(Supl), p.944-947, 2010.

DINIZ, D. et. al. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2507-2510, out, 2007.

DOCHTERMANN, J.M. BULECHEK, G.M. Classificação das Intervenções de enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez, 4ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p; 25cm.

DOWNTON, J.H. *Falls in the elderly*. Londres: Edward Arnold; 1993.

ESKINAZI, F.M.V. et. al. Envelhecimento e a epidemia da obesidade. *UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde*. V. 13, n. esp., p. 295-8, 2011.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 8, n.2, p. 187-93, 2005.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*.ed. 20, v.1, art. nº 7, Jan./Mar., 2012.

FEITOZA, D. S.; FREITAS, M. C.; SILVEIRA, R. E. Traumatismo crânioencefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.6, n. 2, p. 223-33, 2004.

FELICIANI, A.M. et. al. Construção de ferramenta avaliativa direcionada às instituições de longa permanência para idosos: relato de experiência. *Rev. Eletr. Enf.*, v.13, n.3, p.474-82, jul/set, 2011.

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.*, v.63, n.6, p.991-7, 2010.

FONTES, A.P.; FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*, v.28, n. 2, p.171-178, 2010.

FREIRE, JR.R.C.; TAVARES, M.F.L. Health from viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p. 147-58, set. 2004 a fev. 2005.

FREITAS R, et. al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n.3, p. 478-85, mai-jun, 2011.

FREITAS, L.D.O.; WALDMAN, B.F. O Processo de envelhecimento da pele do idoso: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Estudo Interdisc. Envelhecimento*, Porto Alegre, v.16, ed. especial, p. 485-497, 2009.

FREITAS, M.C.; PEREIRA, R.F.; GUEDES, M.V.C. Diagnósticos de Enfermagem em idosos dependentes residentes em uma Instituição de Longa Permanência em Fortaleza – CE. *Cienc. Cuid.Saúde*, vol. 9, nº3, p.518-526, Jul/Set, 2010.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E. V.; et. al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 93, p. 900-909, 2006.

FREITAS, V.E.; PY, L. – *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. In: Maciel C. A; incontinência urinária. Guanabara koogan. Capítulo 72: p. 723 – 732, 2006.

FUNCHAL, S.M.A.N. *Percepções dos professores em relação ao sucesso escolar. O contributo do desporto e da psicologia na elaboração de estratégias de promoção e de intervenção na educação*. Centro de Competências das Ciências Sociais. Departamento de Educação Física e Desporto. 2010. Disponível: [http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&noj=1&site=webhp&q=Centro+de+Competências+das+Ciências+Sociais.+Departamento+de+Educação+Física+e+Desporto.+2010.+&oq=Centro+de+Competências+das+Ciências+Sociais.+Departamento+de+Educação+Física+e+Desporto.+2010.+&gs\\_l=serp.12](http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&noj=1&site=webhp&q=Centro+de+Competências+das+Ciências+Sociais.+Departamento+de+Educação+Física+e+Desporto.+2010.+&oq=Centro+de+Competências+das+Ciências+Sociais.+Departamento+de+Educação+Física+e+Desporto.+2010.+&gs_l=serp.12). Acessado em: 10/09/2011.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v.13, n.1, p. 188-193, mar., 2009.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na Enfermagem gerontogeriatrica: Conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et. al. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 2ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1110-16, 2006.

GUEDES, H. M. et. al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 11, n. 2, p.249-56, 2009.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M.B; MIGUEL, O.F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta ortop. bras.*, São Paulo, v.15, n.3, 2007.

HENRIQUE, N.N. et. al. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p.168-73, abr/jun, 2008.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- *Síntese de indicadores sociais 2010*. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/.../noticia\\_visualiza.php?id...1](http://www.ibge.gov.br/home/.../noticia_visualiza.php?id...1). Acessado em: 11/09/2011.

KIKUCH E.H.; BISPO, N.N.C. Fatores Associados a Quedas Durante a Utilização de Escadas por Idosos Institucionalizados. *UNOPAR - Cient., Ciênc. Biol.Saúde*,v.12, n.2, p.45-50, 2010.

JOBIM, E.F.C. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. *Rev Bras Clin Med*, v.6, p.250-253, 2008.

KULLOK, A.T. et. al. As representações sociais de funcionários de uma Instituição de Longa Permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. *Interface*, Botucatu, v.13, n.28, Jan./Mar. 2009.

LAPREGA, M.R.; GARDEZANI, P.M.; VIDAL, P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares do município de Catanduva, SP. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.11, n.2, p. 181-189, 2008.

LEBRÃO, M.L. et. al. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – Projeto. *Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo*. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008.

LEITE, A.L.B.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, v. 1, n.2, p.63-65, 2010.

LENARDT, M.H. et. al. Desempenho da vida diária em idosos com Alzheimer. *Cogitare Enfermagem.*, v.16, n.1, p.13-21, 2011.

LIMA, L.H.M.A. et. al. Autopercepção oral e seleção de alimentos por idosos usuários de próteses totais. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 36, n.2, p.131-362, 2007.

LOPES, F.L. et. al. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILPI) *Cienc. Cuid. Saude*, v.6, n.1, p.59-67, Jan/Mar, 2007.

LYRA, J. D.P. et. al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.14, n.3, p.435-41, maio-junho, 2006.

MACEDO, B.G. et. al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2008.

MACHADO, F. N. *Capacidade e desempenho para as atividades básicas da vida diária: um estudo de idosos dependentes*. Dissertação/Mestrado: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010. 130fl.

MACHADO, T.R. et. al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Eletr. Enf.*, v.11, n.1, p.32-8, 2009.

MACHADO, W.C.A.; SCRAMIN, A.P. Cuidado multidimensional para e com pessoas tetraplégicas repensando o cuidar em enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.4, n.2, p. 189-197, maio/ago., 2005.

MAIA, B.C. et.al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2011.

MANCINI, A.M. et. al. Associação entre perfil antropométrico e o desempenho de atletas de luta olímpica. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, v. 13, n. 123, 2008.

MARIN, M.J.S. et. al. Diagnósticos de enfermagem em idosos que utilizam múltiplos de medicamentos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 44, n.1, p.47-52, 2010.

MEDINA, M.V. et. al. Presentación de un paciente con fístula enterocutánea como complicación postoperatoria. *Correo Científico Médico de Holguín*, v. 14, n.2, 2010.

MENDOZA, I.Y.Q.; PENICHE, A.C.G. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. *Saúde Coletiva*, v.6, n.30, p.104-108, 2009.

MENEZES, T.M.O., LOPES, R.L.M., AZEVEDO, R.F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Rev. Eletr. Enf.*,v.11, n.3, p.598-604, 2009.

MICHELINE, C. *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* / Micheline Christophe, 27 de out., 2009.178 f. Dissertação (Curso de Mestrado) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 27 de out., 009. Disponível: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=168140](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=168140) .Acessado em: 16/09/2011.

MIKE, M.C. *Tudo sobre flexibilidade*, out./2005. Disponível em: [www.fisiculturismo.com.br/forum2/viewtopic.php?t=70917](http://www.fisiculturismo.com.br/forum2/viewtopic.php?t=70917). Acessado em: 10/11/2011.

MIRANDA, R.V.; MOTA, V.P.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG.*, v.3, n.1, Jul./Ago., 2010.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C. de; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n.1, p. 54-66, 2010.

MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Med Hered*, ene., v.21, n.1, p.18-26, 2010.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v.6, n. 1, p.4-6, 2008.  
Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>.

NERI, A.L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc, 2007, p. 169-190.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, A.F. et. al. Estudo sobre a adesão ao exame citopatológico de papanicolau em um grupo de mulheres. *Rev Pesq Saúde*, v.1, n.1, p.32-37, jan-abr, 2010.

OLIVEIRA, D.N. et. al. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2008.

OLIVEIRA, J.C. et. al. Insônia e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados. *NEUROBIOLOGIA*, v. 72, n.2, abr./jun., 2009.

OLIVEIRA, M.L. de; PAULA, T.R. de; FREITAS, J.B. de. Evolução histórica da assistência de enfermagem. *Com. Scienta e Saúde*, São Paulo, v.6, n.1, p. 127-136, 2007.

OLIVEIRA, M.; MAÇADA, A.C.G.; GOLDONI, V. Forças e fraquezas na aplicação do estudo de caso na área de sistemas de informação. *Revista de Gestão USP*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 33-49, janeiro-março, 2009.

OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.  
60p.:il. Disponível em:

[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:93A7PGvUo8wJ:www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf+OMS.+Envelhecimento+ativo:+uma+pol%C3%ADtica+a+de+sa%C3%BAde+//+World+Health+Organization%3B+tradu%C3%A7%C3%A3o+Suzana+Gontijo.+%E2%80%93+Bras%C3%ADlia:+Organiza%C3%A7%C3%A3o+Pan-Americana+da+Sa%C3%BAde,+2005&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEsi\\_mjPPnn3m0Lf4cXKTVdpOfiARk9tIMxzO\\_QEfZaVCU9v-u9Dtfir7mU9wUK3yyGp7wi83vfjy\\_45lGolBZWFERck6OKSzins5ZZh4EoWrqKYZ9TDXKILLxw2PXUBsLV8FbxKP&sig=AHIEtbQXRxa4cGgTrVo4h9NCyy8vJWkItA](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:93A7PGvUo8wJ:www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf+OMS.+Envelhecimento+ativo:+uma+pol%C3%ADtica+a+de+sa%C3%BAde+//+World+Health+Organization%3B+tradu%C3%A7%C3%A3o+Suzana+Gontijo.+%E2%80%93+Bras%C3%ADlia:+Organiza%C3%A7%C3%A3o+Pan-Americana+da+Sa%C3%BAde,+2005&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEEsi_mjPPnn3m0Lf4cXKTVdpOfiARk9tIMxzO_QEfZaVCU9v-u9Dtfir7mU9wUK3yyGp7wi83vfjy_45lGolBZWFERck6OKSzins5ZZh4EoWrqKYZ9TDXKILLxw2PXUBsLV8FbxKP&sig=AHIEtbQXRxa4cGgTrVo4h9NCyy8vJWkItA). Acessado em: 13/09/2011.

- PASINATO, M.T.de; KORNIS, G.E.M. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco para sistemas de seguridade social. *Texto para discussão n°1371*. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.
- PAULO, D.L.V.; YASSUDA, M.S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín.*, v. 37, n.1, p.23, 2010.
- PECLAT, K.; FILHO, B.J. *Traumatismo Cranioencefálico*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [www.fisioweb.com.br](http://www.fisioweb.com.br). Acessado em: 01/11/2011.
- PEREIRA, J.C. et. al. El sueño de la persona mayor y la actividad física. *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 14, n. 139, Diciembre, 2009.
- PERRACINI, M.R. Desafios da prevenção e do manejo de quedas. *Envelhecimento & Saúde*. Boletim Instituto de Saúde, n.47, p.45-48, 2009.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009, 172 p.
- QUEIROZ, C.O.; MUNARO, H.L.R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em idosos. *Rev.Saúde.Com.*, v. 4, n. 1, p. 43-49, 2008.
- REBELATTO, J.R.; CASTRO, A.P.; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. *Acta Ortop. Bras.*, v.15, n.3, p. 151-154, 2007.
- RIBEIRO, A.et.al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.
- RIEGE, A. M. Validity and reliability tests in case study research: a literature review with “hands-on” applications for each research phase. *Qualitative Market Research*, v. 6, n. 2, p. 75-86, 2003.
- RODRIGUES, A.P. et. al. incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev. Latino americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, julho, 2007.
- SÁ, R.M.B.; MOTTA, L.B.; OLIVEIRA, F.J. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.10, n.2, p.217-230, 2007.
- SAMPAIO, R. F. et. al. Aplicação da classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática Clínica do fisioterapeuta. *Rev. Bras. fisioter.*, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.
- SANTOS, A.S.R. et. al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Rev.Texto e Contexto Enfermagem*, v.17, n.1, p.141-9, 2008.

SANTOS, S.S.C. et. al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paul. Enferm.*, v. 21, n. 4. p.59-53, 2008.

SANTOS JR, J.C.M. Câncer Ano-Reto-Cólico: Aspectos Atuais V - Câncer de Reto: Tratamento Cirúrgico. *Rev bras Coloproct*, v. 29, n.1, p. 106-119, 2009.

SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T.; BARROS, E.J.L. *Quedas em idosos: reflexões a partir de produções científicas da Enfermagem da Furg*. Rio Grande: FURG, 2010. 114p.

SANTOS, S.S.C. et. al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos deprimidos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Revista Elet. Enfermeria global*, Outubro, 2010.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 63, n.1, p.136-140, jan-fev, 2010.

SEDREZ, K.L.C.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 12, n.3, p.345-359, 2009.

SENA, Janaína. et. al. Uma prática pedagógica através das racionalidades socioambientais: um ensaio teórico da formação do enfermeiro. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v.19, n.3, July/Sept., 2010.

SES. Secretaria da Saúde/SP. *Vigilância e prevenção de quedas em idosos*. Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa - São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: [http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&gs\\_nf=1&cp=47&gs\\_id=3&xhr=t&q=ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D1906&pf=p&output=search&scient=psy-ab&oq=ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D1906&gs\\_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.&fp=a2e7587644b4de20&biw=1920&bih=979](http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&gs_nf=1&cp=47&gs_id=3&xhr=t&q=ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D1906&pf=p&output=search&scient=psy-ab&oq=ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D1906&gs_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=a2e7587644b4de20&biw=1920&bih=979). Acessado em: 30/09/2011

SES. Secretaria Estadual de Santa Catarina. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária. *Segurança Sanitária para Instituições de Longa Permanência para Idosos*. 2.ed., Santa Catarina: SES/SC, Out., 2009. Disponível em: [http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&scient=psy-ab&q=www.sst.sc.gov.br%2F...%2FSegurana-Sanitaria-%2520Instituicoes-de-Longa-..+&oq=www.sst.sc.gov.br%2F...%2FSegurana-Sanitaria-%2520Instituicoes-de-Longa-..+&gs\\_l=hp.12...36838.36838.1.46564.1.1.0.0.0.329.329.3-1.1.0...0.0...1c.2.qKUNw3MO2q4&pbx=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.&fp=a2e7587644b4de20&biw=1920&bih=979](http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&scient=psy-ab&q=www.sst.sc.gov.br%2F...%2FSegurana-Sanitaria-%2520Instituicoes-de-Longa-..+&oq=www.sst.sc.gov.br%2F...%2FSegurana-Sanitaria-%2520Instituicoes-de-Longa-..+&gs_l=hp.12...36838.36838.1.46564.1.1.0.0.0.329.329.3-1.1.0...0.0...1c.2.qKUNw3MO2q4&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=a2e7587644b4de20&biw=1920&bih=979). Acessado em: 15/10/2011.

SILVA, B.T.; SANTOS, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paul Enferm.*, vol.23, nº.6, p.775-81,2010.

SILVA, B.T. et. al. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 10, n. 4, p. 118-125, out./dez., 2009.

SILVA, D.D. et. al. Autopercepção da saúde bucal em idosos. *Rev Saúde Pública*, Campinas: São Paulo, 2009.

SIQUEIRA, F. C. V. et. al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.1, p. 39-44, 2009.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PRADO, M.L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.14, n.1,p. 75-81, jan – mar., 2005.

TAVARES, L. et. al. Stimulation programs in institutionalized elder people: effects of cognitive and physical activities. *Revista Digital*, Buenos Aires, Año 13, n 129, Febrero de 2009.

VALCARENGHI, R.V. et. al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul. Enf.* v.24, n.6, p.828-33, 2009.

VALE, R.G. et. al. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia e qualidade de vida de mulheres senescentes. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.*, v.8 n.4 p.8-52, 2006.

WADA, N. et. al. Clinical analysis of risk factors for falls in home-living stroke patients using functional evaluation tools. *Arch Phys Med Rehab*, v. 88, n. 12, p. 1601-05, 2007.

WADA, H.A.W. et. al. *Rede de atenção à pessoa idosa*. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo: Fundação Anchieta, 2009.

WAJNGARTEN, M. O coração no idoso. *Jornal Diagnósticos em Cardiologia*. Ano 13, n.43, ago/set, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Internacional Classification of Functioning Disability and Health (ICIDH-2)* Geneva, 2001.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*/Robert k. Yin; tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damacena. 4ª. ed., Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p; 23cm.

ZECEVIC, A. et. al. Defining a Fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *The Gerontologist.*, v.46, n.3, p.367-376, 2006.

## APÊNDICE A – PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO REALIZADO

### Questão do Estudo de Caso:

*Como propor o cuidado de enfermagem a um grupo de idosos institucionalizados com risco de quedas, utilizando-se a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)?*

### Proposição:

*O desenvolvimento do cuidado de enfermagem alicerçado pelo processo de enfermagem e CIF, junto a idosos institucionalizados, poderá contribuir para prevenção de quedas.*

### Estrutura teórica:

Pautada em conceitos acerca do Idoso institucionalizado, Quedas em idosos, Cuidado de enfermagem/Processo de enfermagem, Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

### Agenda de atividades para 2012:

Coleta de dados				Abr	Mai	Jun		
Análise de dados				Abr	Mai	Jun		
Construção do Relatório							Jul	Ago
Sustentação da dissertação								Ago

**Coleta de dados** – verificação de documentos e de registros e arquivos, aplicação de dois instrumentos para coleta de dados como triagem dos idosos que participarão do estudo; aplicação do Histórico de Enfermagem, segundo a CIF, utilizando-se de entrevista, observação e anotações em diários de campo.

**Esboço e relatório de cada estudo de caso** – Foi realizado um relatório de cada caso investigado, utilizando o processo de enfermagem (NANDA – NIC) e os elementos da CIF. As conclusões foram estabelecidas a partir da identificação dos domínios alterados da CIF, diagnósticos e intervenções de enfermagem em cada pessoa idosa. Posteriormente, afirmou-se o cuidado de enfermagem a pessoa idosa institucionalizada com risco de quedas, buscando a prevenção de quedas dentro do contexto da ILPI.

**Apresentação do Processo de Enfermagem**, com histórico, diagnósticos e prescrições e de enfermagem correlatas.



## APÊNDICE B – COMUNICADO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA À DIREÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM



Ilmo(a) Sr.(a) Adriana Dora da Fonseca - Diretora da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

Venho comunicar-lhe a realização da pesquisa: “**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**”, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos.

O objetivo geral do estudo será: Propor cuidados de enfermagem individuais/coletivos para prevenção das quedas junto aos idosos institucionalizados, sustentados pelo processo de enfermagem e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando o estudo de caso. O foco do estudo é a prevenção de quedas em idosos institucionalizados, se subsidiando da ferramenta da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) como método de avaliação e prevenção no processo de trabalho do enfermeiro. Espera-se contribuir para uma melhor assistência aos idosos institucionalizados, pois as ILPIs estão cada vez mais crescentes no país e se tornando locais de ação, bem como propostas de trabalho para equipe de enfermagem e um campo de pesquisa e novos estudos para pesquisadores.

Fica assegurado pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do CONEP, do Ministério da Saúde.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade, colocamo-nos à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cientes:

---

Profª. Drª. Silvana Sidney Costa Santos

---

Mda. Janaína Amorim de Avila

De acordo,

---

Profª. Drª. Adriana Dora da Fonseca  
Diretora da Escola de Enfermagem

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA



Caro Presidente da ILPI – Asylo de Pobres

Meu nome é Janaína Amorim de Avila, sou discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pretendo iniciar sob orientação da Dra. Silvana Sidney Costa Santos, pesquisa intitulada: “**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**”. Tenho como objetivo geral: Propor cuidados de enfermagem individuais/coletivos para prevenção das quedas junto aos idosos institucionalizados, sustentados pelo processo de enfermagem e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial, uma vez que os dados serão de uso restrito.

Na apresentação dos resultados será mantido o anonimato da ILPI. Ressalto ainda, que estou disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário. Tel: 84112971. e-mail: [janainaamorim23@hotmail.com](mailto:janainaamorim23@hotmail.com)

Eu, Carlos Gelci A`vila (presidente da Instituição Asylo de Pobres), autorizo a pesquisa “**FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**”, que será realizada pela Mda. Janaína Amorim de Avila, e por sua orientadora Dr<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos, professora da Escola de Enfermagem. Declaro ter sido esclarecido (a) acerca dos objetivos, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE D– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Caro (a) participante,

Meu nome é Janaína Amorim de Avila, sou discente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pretendo iniciar sob orientação da Dr<sup>a</sup>. Silvana Sidney Costa Santos, a pesquisa: **“FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM”**. Tenho como objetivo geral: Propor cuidados de enfermagem individuais/coletivos para prevenção das quedas junto aos idosos institucionalizados, sustentados pelo processo de enfermagem e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, os dados serão apresentados sem a identificação do local e das pessoas investigadas.

Na apresentação dos resultados será mantido o seu anonimato. Eu estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. O Sr. tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento sem que isso possa causar-lhe algum prejuízo.

Desde já agradeço, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos, pelo telefone: (53) 84112971. Ou e-mail: [janainaamorim23@hotmail.com](mailto:janainaamorim23@hotmail.com)

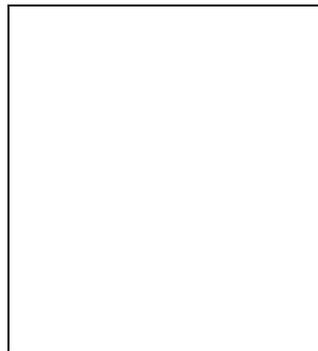
Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa **“FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA COM RISCOS DE QUEDAS: PROPOSTA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM”**, realizada pela Mda. Janaína Amorim de

Avila, e por sua orientadora Dr<sup>a</sup>.Silvana Sidney Costa Santos, professora da Escola de Enfermagem. Declaro ter sido esclarecido(a) acerca dos objetivos, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar-me prejuízo de qualquer natureza.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Impressão digital:



**NOTA:**

Por se tratar de um documento direcionado ao idoso, é recomendado que a fonte utilizada seja em tamanho maior que o padrão e que tenha um espaço reservado para a Impressão digital. Em função deste princípio, este Termo de Consentimento Livre Esclarecido se apresenta em duas páginas.

**APÊNDICE E – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM BASEADO EM ELEMENTOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora:

**IDENTIFICAÇÃO**

**Idoso:**

**ILPI:**

**Idade:**

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

**Endereço de familiar responsável com fone:**

**Ocupação atual:**

**Nível de Escolaridade:** [ ] Não sabe ler e escrever [ ] Ensino fundamental [ ] Ensino médio [ ] Curso Superior

**Proveniente:** [ ] Casa/só [ ] Casa/família

**Chegada:** ( ) Deambulando ( ) Muleta ( ) Maca ( ) Cadeira de rodas

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

**Doenças presentes:**

- ( ) Diabetes mellitus
- ( ) Cardiopatia
- ( ) Pneumopatia
- ( ) Hipertensão
- ( ) Nefropatia
- ( ) Hepatopatia
- ( ) Neuropatia
- ( ) Outras
- ( ) Moléstia Infecto Contagiosa
- ( ) Alergia (a drogas, soluções e fitas adesivas)
- ( ) Cirurgias anteriores
- ( ) uso de medicamentos: descrever dosagem, horário, e objetivos (prescrito ou uso por conta própria): ( ) ingestão de álcool ( ) fumo (quantos cigarros/dia):
- ( ) drogas(tipo): \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

História atual da doença: \_\_\_\_\_

Pessoa a quem o idoso recorre, quando necessita de ajuda: \_\_\_\_\_

**FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO - Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos**

As **estruturas do corpo** são partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

As **deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

**FUNÇÕES MENTAIS:** Referem-se às funções do cérebro.

**Funções Mentais Globais**

**Funções da consciência:** Funções do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília. ( ) Lúcido/Orientado ( ) Obnubilado ( ) Torporoso ( ) Confuso ( ) Síncope ( ) Crise Convulsiva

**Funções de orientação no espaço e no tempo:** Funções mentais relacionadas com o conhecimento

e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente. Apresenta: ( ) Lúcido/Orientado ( ) Desorientado

**Funções intelectuais:** Funções necessárias para compreender e integrar construtivamente as várias funções mentais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções psicossociais globais:** Funções mentais gerais, que levam à formação das capacidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e finalidade. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções do temperamento e da personalidade:** Funções mentais gerais de caráter constitucional que fazem o indivíduo reagir de um modo específico às situações. ( ) Agitado ( ) Ativo ( ) Apático ( ) Tranquilo ( ) Agressivo ( ) Assustado

**Funções da energia e dos impulsos:** Funções mentais gerais dos mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer necessidades específicas e objetivos gerais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções do sono:** Funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características.

Hábitos de Sono/Repouso:

**Sono:** ( ) Sem alteração ( ) Insônia ( ) Dificuldade para dormir ( ) Hipersonia

**Faz uso de algum medicamento para auxiliar no sono e repouso?** \_\_\_\_\_

**(Funções Mentais Específicas)**

**Funções da atenção:** Funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções da memória:** Funções mentais específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário. Apresenta: ( ) Perda de memória ( ) Não

**Funções psicomotoras:** Funções mentais específicas de controle dos eventos motores e psicológicos em nível do corpo. ( ) paralisia ( ) Tonturas ( ) Tremores ( ) Dormência ( ) Não

**Funções emocionais:** Funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e os componentes afetivos dos processos mentais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções da percepção:** Funções mentais específicas relacionadas com o reconhecimento e a interpretação dos estímulos sensoriais. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções do pensamento:** Funções mentais específicas relacionadas com a componente ideativa da mente. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções mentais da linguagem:** Funções mentais específicas de reconhecimento e utilização de sinais, símbolos e outros componentes de uma linguagem. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções mentais para a sequência de movimentos complexos:** Funções mentais específicas de encadeamento e coordenação de determinados movimentos complexos.

Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções sensoriais:** Os sentidos fundamentais do corpo humano – visão, audição, tato, paladar o olfato.

**Funções de experiência pessoal e do tempo:** Funções mentais específicas relacionadas com a consciência da sua própria identidade, do seu corpo, da sua postura no seu ambiente e no tempo.

Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Olho, ouvido e estruturas relacionadas - Os olhos** são responsáveis pela visão.

**Dor:** Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo.

Os **ouvidos** são responsáveis pela audição.

**Funções da visão:** Funções sensoriais relacionadas com a percepção da presença de luz e a forma, tamanho, formato e cor do estímulo visual.

**Acuidade Visual:** Normal: ( ) OE ( ) OD Diminuída: ( ) OE ( ) OD Ausente: ( ) OE ( ) OD

**Prótese Ocular:** ( ) OE ( ) OD

**Sensações associadas ao olho e aos anexos:** Sensações de cansaço, secura e prurido no olho e sensações relacionadas. ( ) Sim ( ) Não *Se, sim especifique:* ( ) OE ( ) OD

**PUPILAS:** ( ) Fotoreagentes ( ) Não Fotoreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

**Funções auditivas:** Funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons.

**Acuidade Auditiva:** Normal: ( ) OE ( ) OD Diminuída: ( ) OE ( ) OD

Ausente: ( ) OE ( ) OD **Prótese Auditiva:** ( ) OE ( ) OD

**Função gustativa:** Funções sensoriais que permitem sentir o amargo, o doce, o ácido e o salgado. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não **Prótese Dentária:** ( ) Sup. ( ) Inf.

**Função olfativa:** Funções sensoriais que permitem sentir odores. ( ) Sim ( ) Não

**Função proprioceptiva:** Funções sensoriais que permitem sentir a posição relativa das partes do corpo. Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Função tátil:** Funções sensoriais que permitem sentir superfícies e sua textura ou qualidade.

**Tato/ Sensibilidade tátil:** Apresenta: ( ) Sim ( ) Não

**Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos:** Funções sensoriais que permitem sentir a temperatura, a vibração, a pressão e estímulos nocivos. **Temperatura:** ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

**Sensação de dor:** Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo. Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Intensidade: \_\_\_\_\_

**Funções da voz e da fala:** Produção de sons feita através da coordenação da laringe e dos músculos adjacentes com o aparelho respiratório.

**Estrutura da laringe:** A laringe tem importante função ao impedir a entrada de alimento nas vias aéreas, permitindo somente a passagem de ar.

**Aparelho respiratório:** relacionadas com a inspiração de ar para os pulmões, a troca de gases entre ar e sangue, e a expiração do ar.

**Aparelho cardiovascular:** relacionadas ao bombeamento de sangue em quantidade e pressão adequadas ou necessárias para o corpo.

**Sistema hematológico:** produção de sangue, transporte de oxigênio, metabólitos e coagulação.

**Sistema imunológico:** relacionadas com a proteção contra substâncias estranhas, incluindo infecções, através de respostas imunológicas.

**Funções da pressão arterial:** manutenção da pressão sanguínea dentro das artérias. ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Pressão Normal ( ) Hipotensão Ortostática sentado: \_\_\_\_\_ PA em pé: \_\_\_\_\_

**Funções do sistema hematológico:** produção de sangue, transporte de oxigênio e metabólitos e coagulação.

**Perfusão periférica:** ( ) Normal ( ) Diminuída

**Enchimento capilar:** ( ) Lento ( ) normal

**Mucosas:** ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas ( ) Cianóticas ( ) Ictérica

**Funções da respiração:** relacionadas com a inspiração de ar para os pulmões, a troca de gases entre ar e sangue, e a expiração do ar.

**Avaliação Respiratória:** ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico

**Faz uso:** ( ) Cateter Nasal ( ) Máscara ( ) Traqueostomia

**Apresenta:** ( ) Tosse ( ) Hemoptise ( ) Asma ( ) Expectoração ( ) Nda

**Murmúrios Vesiculares:** ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

**Ausulta Pulmonar:** ( ) Normal ( ) Roncos ( ) Estertores ( ) Creptos ( ) Sibilos

**Funções Aparelho digestivo:** relacionadas com a ingestão, digestão e eliminação de sólidos ou líquidos pelo corpo.

**Sistema metabólico:** regulação dos componentes essenciais do corpo, a conversão de uns em outros, e sua transformação em energia.

**Sistema endócrino:** produção e regulação dos níveis hormonais no organismo.

**Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólicos e endócrinos;**

**Aparelho digestivo:** relacionadas com a ingestão, digestão e eliminação de sólidos ou líquidos pelo corpo.

**Sistema metabólico:** regulação dos componentes essenciais do corpo, a conversão de uns em outros, e sua transformação em energia.

**Sistema endócrino:** produção e regulação dos níveis hormonais no organismo.

**Funções de ingestão:** relacionadas com a introdução e manipulação de sólidos ou líquidos para dentro do corpo através da boca.

**Boca/pele:** ( ) íntegra ( ) com lesões

**Dentes Séticos:** ( ) sim ( ) Não

**Faz uso de prótese dentária?** *Se sim:* ( ) superior ( ) inferior

**Mastigação:** ( ) alterada ( ) Inalterada **Deglutição:** ( ) alterada ( ) inalterada

**Padrão alimentar:** (quantas vezes, tipo de dieta): \_\_\_\_\_

**Preferências alimentares:**

**Paladar:** Preservado ( ) Sim ( ) Não **Diminuído** ( ) Sim ( ) Não

**Hábitos de ingestão hídrica** (volume, frequência preferência):

**Funções digestivas:** transporte de alimentos através do trato gastrointestinal, decomposição dos alimentos e absorção de nutrientes.

**Funções de assimilação:** os nutrientes são convertidos em componentes do ser vivo.

**Sensações associadas ao aparelho digestivo:** sensações decorrentes da ingestão de comida, bebidas e funções digestivas relacionadas.

**Funções metabólicas gerais:** regulação dos componentes essenciais do corpo, tais como, hidratos de carbono, proteínas e gorduras, a conversão de uns em outros, e sua transformação em energia.

**Avaliação do gastrointestinal:**

Perda de peso nos últimos meses: ( ) Sim ( ) Não

Peso atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Anorexia: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SNE ( ) Sem alterações

**Avaliação do abdome:** ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Rígido ( ) Timpânico  
( ) Distendido ( ) Doloroso à Palpação. Local: \_\_\_\_\_

**Ruído Hidroaéreos:** ( ) Presente ( ) Diminuídos ( ) Ausentes

**Funções de defecação:** eliminação de resíduos e alimentos não digeridos, tais como fezes e funções relacionadas.

**Evacuações:**

Data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Última \_\_\_\_\_ evacuação: \_\_\_\_\_

Frequência/Características: \_\_\_\_\_

( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Dor ( ) hemorróidas ( ) tenesmo

**Apoio:** ( ) Laxante ( ) Enema ( ) Supositório

**Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo:**

**Funções Genitourinárias:** filtração e drenagem da urina.

**Funções Reprodutivas:** funções mentais e físicas relacionadas com o ato sexual.

**Funções de excreção urinária:** filtração e drenagem de urina.

**Funções miccionais:** eliminação da urina através da bexiga.

**Sensações associadas às funções urinárias:** Sensações, tais como, ardor durante a micção ou sensação de urgência.

**Avaliação Genitourinária - Hábitos Vesicais – Frequência:** \_\_\_\_\_

( ) Micção Espontânea ( ) Límpida ( ) S.V.A ( ) S.V.D ( ) Uripên ( ) Jontex

**Sintomas:** ( ) Nictúria ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Hematúria ( ) Piúria

( ) Sedimentos ( ) Coágulos ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) gotejamento

**Funções sexuais:** funções mentais e físicas relacionadas com o ato sexual, incluindo as fases de excitação, de **planalto**, orgásmica e de resolução.

**Sensações associadas às funções genitais e reprodutivas:** sensações, tais como, desconforto durante a relação sexual.

Parceiro(a): ( ) Sim ( ) Não

Vida Sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não

Desconforto durante o ato sexual: ( ) Sim ( ) Não *Se, sim especifique:*

Isolamento: ( ) Sim ( ) Não

Uso de medicamentos que afetam a libido: ( ) anti-hipertensivos ( ) tranquilizantes  
( ) anti-depressivos

**HOMENS**

Relata dor a urinar: ( ) Sim ( ) Não

Vida sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não

Apresenta algum desconforto no ato sexual: ( ) Sim ( ) Não

Realizou exame de próstata: ( ) Sim ( ) Não

Alguma alteração prostática: ( ) Sim ( ) Não

Realiza tratamento:

Cirurgia decorrente: ( ) Sim ( ) Não

Alguma seqüela decorrente da alteração prostática: ( ) Sim ( ) Não

( ) Incontinência urinária ( ) retenção urinária

#### MULHERES

Realizou o exame Papanicolau: ( ) Sim ( ) Não

Alguma alteração no exame? ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

Realizou tratamento de reposição hormonal: \_\_\_\_\_

Apresenta alguma seqüela decorrente do período menopáusic: \_\_\_\_\_

#### **Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento:**

relacionadas com o movimento e a mobilidade, incluindo funções das articulações, dos ossos, reflexos e músculos.

Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento: Incluímos os ossos, articulações, músculos, ligamentos extra-articulares, fâscias, septos, bolsas serosas, não especificadas que auxiliam nas funções dos movimentos.

As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

LOCOMOÇÃO – MARCHA: ( ) sem ajudante ( ) com ajudante

( ) Independência completa, caminha com segurança uma distância mínima de 50 metros sem qualquer auxílio;

( ) Auxílio com contato mínimo: executa 75% ou mais dos esforços da locomoção para percorrer ao menos 50 metros;

( ) Independência modificada, caminha uma distância mínima de 50 metros, mas usa órteses ou próteses, muletas ou um andador; demora mais tempo que o necessário ou há considerações de segurança;

( ) Auxílio moderado, executa de 50 a 74% dos esforços da locomoção necessários para percorrer ao menos 50 metros;

( ) Caminha independentemente distâncias breves (mínimo de 17 metros), com ou sem dispositivos. 5 – Supervisão, requer supervisão, indicações ou estímulos para percorrer pelo menos 50 metros;

( ) Auxílio máximo, executa 25 a 49% dos esforços da locomoção necessários para percorrer ao menos 17 metros. Necessita auxílio de somente uma pessoa;

( ) Auxílio total, executa menos de 24% dos esforços, ou requer auxílio de duas pessoas ou não caminha.

ESCADAS: ( ) sem ajudante ( ) com ajudante

( ) Independência completa: sobe e desce com segurança ao menos um nível de escada (12 a 14 degraus), sem depender de corrimão ou qualquer tipo de apoio;

( ) Auxílio com contato mínimo, executa 75% ou mais dos esforços necessários para subir e descer um nível de escada;

( ) Independência modificada, sobe e desce ao menos um nível de escada, mas necessita de apoio lateral, corrimão ou muletas; demora mais tempo que o necessário ou há considerações de segurança;

( ) Auxílio moderado, executa de 50 a 74% dos esforços necessários para subir e descer um nível de escada;

( ) Sobe e desce 4 a 6 degraus independentemente com ou sem dispositivos. Demora mais tempo que o necessário ou há considerações de segurança. 5 – Supervisão, requer supervisão, ou que lhe forneça indicações para subir ou descer um nível de escada;

( ) Auxílio máximo, executa 25 a 49% dos esforços necessários para subir e descer 4 a 6 degraus. Necessita de auxílio de somente uma pessoa;

( ) Auxílio total: executa menos de 25% dos esforços, ou requer auxílio de duas pessoas, ou não sobe e desce 4 a 6 degraus ou é carregado. Adaptação: a locomoção em cadeiras de rodas não foi considerada.

**Funções relacionadas com a mobilidade das articulações:** amplitude e facilidade de movimento de uma articulação: ( ) Sim ( ) Não

Estabilidade das funções das articulações: manutenção da integridade estrutural articulações: ( ) Sim ( ) Não

**Funções da mobilidade dos ossos:** amplitude e a facilidade de movimento da pélvis, dos ossos cárpicos e társicos: ( ) Sim ( ) Não

**Funções relacionadas com a força muscular:** força gerada pela contração de um músculo ou de grupos musculares: ( ) Sim ( ) Não

**Funções relacionadas com o tônus muscular:** relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente: ( ) Sim ( ) Não

**Funções relacionadas com reflexos motores:** relacionadas com a contração involuntária automática dos músculos induzida por estímulos específicos: ( ) Sim ( ) Não

Braços		AVAL.DA MOTRICIDADE	Pernas	
Direito	Esquerdo	ITENS	Direito	Esquerdo
( )	( )	Força Normal	( )	( )
( )	( )	Paresia	( )	( )
( )	( )	Plegia	( )	( )
( )	( )	Parestesia	( )	( )
( )	( )	Decorticação	( )	( )
( )	( )	Parestesia	( )	( )

**Amplitude de Movimento** - "*dimensão do deslocamento do corpo ou de seus segmentos entre certos pontos, de orientação convencionalmente escolhida, expressada em graus e unidades lineares* (FANALI,1981,p.49)."

**Mobilidade** - Refere-se à amplitude de movimento permitida pela articulação em função de seus diversos componentes.

**Decorticação** - Quadros de trauma, tumores ou de hemorragia que acometam áreas cerebrais localizadas acima do colículo superior no tronco encefálico, de modo a eliminar a influência do córtex sobre os tratos motores, resultam numa condição patológica (PECLAT; FILHO, 2004).

**Pele e estruturas relacionadas:** Funções de proteção da pele, unhas e pêlos.

**Estrutura de áreas da pele:** pele da região da cabeça e do pescoço, região do ombro, membro superior, região pélvica, membro inferior e pele do tronco.

**Integridade da Pele:** ( ) Normal ( ) Cianose ( ) Icterícia ( ) Palidez ( ) Prurido ( ) Petéquias ( ) Hematomas ( ) Ressecada ( ) Hidratada ( ) Sudorética ( ) Lesões ( ) Úlceras ( ) Escoriações

**Incisão Cirúrgica:** ( ) Não ( ) sim **Temperatura:** ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

**Estrutura das glândulas da pele:** as glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas. ( ) Sem alterações ( ) Alterações *Se, sim especifique:*

**Estrutura das unhas:** unhas dos dedos das mãos e dos pés. ( ) Sem alterações ( ) Alterações ( ) Onicomiose *Se, sim especifique:*

**Estrutura dos pêlos:** Cresce na superfície da pele dos mamíferos, onde sua principal função é a proteção. ( ) Sim ( ) Não

**Úlcera de Pressão:** ( ) Não ( ) Sim Descrever o grau, sinal de infecção:

### LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

**Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

**Participação** é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

**COMUNICAÇÃO:** Fala: ( ) Normal ( ) Arrastada ( ) Balbuciada ( ) Afasia

**Comunica e recebe mensagens orais:** compreende os significados das mensagens em linguagem oral: ( ) Sim ( ) Não

**Comunica e recebe mensagens não verbais:** compreende os significados das mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos: ( ) Sim ( ) Não

**Comunica e recebe mensagens usando linguagem gestual:** recebe e compreende mensagens na linguagem gestual: ( ) Sim ( ) Não

**Comunica e recebe mensagens escritas:** compreende os significados das mensagens transmitidas através da linguagem escrita: ( ) Sim ( ) Não

**Fala:** Produz mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas:

Sim  Não

**Produz mensagens não verbais:** utiliza gestos, símbolos e desenhos para transmitir mensagens;  Sim  Não

**Escreve mensagens:** produz mensagens através da linguagem escrita;  Sim  Não

**Conversaço:** inicia, mantém e finaliza a troca de pensamentos e idéias, realizada através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas;  Sim  Não

**Discussão:** inicia, mantém e termina a análise de um assunto, com argumentos a favor ou contra, ou um debate através de linguagem oral, escrita, gestual ou de outras formas de linguagem, com uma ou mais pessoas conhecidas ou estranhas;  Sim  Não

**Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação:** utiliza dispositivos, técnicas e outros meios para comunicar, como por exemplo, telefonar;  Sim  Não

### ATIVIDADE FISICA

**Mobilidade:** Trata-se do movimento quando ocorrem mudanças da posição ou da localização do corpo, se transportam, movem ou manuseiam objetos de um lugar para outro, se anda, corre ou sobe\desce e se utilizam diversas formas de transporte.  Deambula  Deambula c com suporte  Restrito ao leito  Tração  Aparelho gessado

**Pratica** alguma **atividade** **física?**  
**Qual?** \_\_\_\_\_

**Muda as posições básicas do corpo:** adapta e sai de uma posição corporal e move-se de um local para outro;  Sim  Não

**Manter a posição do corpo:** mantém a mesma posição do corpo durante o tempo necessário;  Sim  Não

**Auto-transferências:** move-se de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo.  Sim  Não

**Levanta e transporta objetos:** levanta um objeto ou move algo de um lugar para outro;  Sim  Não

**Move objetos com os membros inferiores:** realiza ações coordenadas com o objetivo de mover um objeto utilizando pernas e pés;  Sim  Não

**Atividades de motricidade fina da mão:** realiza ações coordenadas para manusear objetos, levanta-os, manipula-os, solta-os utilizando as mãos, dedos e polegar;  Sim  Não

**Utilização da mão e do braço:** realiza as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipula-os, utilizando as mãos e os braços;  Sim  Não

**Andar:** move-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão;  Sim  Não

**Desloca-se:** move todo o corpo de um lugar para o outro, usando outros meios excluindo a marcha;  Sim  Não

**Desloca-se utilizando algum tipo de equipamento:** move todo o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou arranjar outras formas de se mover com equipamentos;  Sim  Não

**Utilização de transporte:** utiliza transporte para se deslocar, como passageiro, num automóvel;  Sim  Não

**autocuidado:** trata-se dos autocuidados como lavar-se e secar-se, cuidar do corpo e de partes d do corpo, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde.

**Lava-se:** lava e seca todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem a apropriados;  Sim  Não

**Cuida de partes do corpo:** Cuida de partes do corpo como pele, rosto, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.  Sim  Não

**Higiene pessoal relacionada com as excreções:** prevê a eliminação e elimina os dejetos humanos (fezes e urina) e procede à higiene subsequente;  Sim  Não

**Veste-se:** realiza as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa

e) ou calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo as condições climáticas e sociais: ( ) Sim ( ) Não

**Comer:** executa as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, leva-os à boca e consumi-os de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços e utilizar os talheres: ( ) Sim ( ) Não

**Beber:** coordena os gestos necessários para tomar uma bebida, leva a boca, e ingere a bebida de maneira culturalmente aceitável, mistura, mexe e serve os líquidos para serem consumidos: ( ) Sim ( ) Não

**Cuida da sua própria saúde:** assegura o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental: ( ) Sim ( ) Não

**Comer:** executa as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, leva-os à boca e consumi-os de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços e utilizar os talheres: ( ) Sim ( ) Não

**Beber:** coordena os gestos necessários para tomar uma bebida, leva a boca, e ingere a bebida de maneira culturalmente aceitável, mistura, mexe e serve os líquidos para serem consumidos: ( ) Sim ( ) Não

**Cuida da sua própria saúde:** assegura o conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental: ( ) Sim ( ) Não

**Interações e relacionamentos interpessoais:** trata-se da realização de ações e condutas necessárias para estabelecer, com outras pessoas interações básicas e complexas de maneira contextual e socialmente adequadas.

**Interações interpessoais básicas:** interagi com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada: ( ) Sim ( ) Não

**Interações interpessoais complexas:** agi de acordo com as regras e convenções sociais: ( ) Sim ( ) Não

**Relacionamento com estranhos:** estabelece contatos e ligações temporárias com estranhos: ( ) Sim ( ) Não

**Relacionamento formal:** cria e mantém relacionamentos em ambientes formais, como por exemplo, com funcionários de uma ILPI: ( ) Sim ( ) Não

**Relacionamentos sociais informais:** inicia relacionamentos com outros, como por exemplo, relacionamentos ocasionais com pessoas que vivem na mesma comunidade, instituição e outras: ( ) Sim ( ) Não

**Relacionamentos familiares:** cria e mantém relações de parentesco: ( ) Sim ( ) Não

**Relacionamentos íntimos:** cria e mantém relacionamentos românticos ou íntimos entre indivíduos: ( ) Sim ( ) Não

**Vida comunitária, social e cívica:** trata-se das ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica.

**Vida comunitária:** participa em todos os aspectos da vida social comunitária:

( ) Sim ( ) Não

**Recreação e lazer:** participa em qualquer forma de jogos, atividades recreativas ou de lazer: ( ) Sim ( ) Não

**Religião e espiritualidade:** participa em atividades religiosas ou espirituais, em organizações e práticas para satisfação pessoal, encontra um significado para a vida, um valor religioso ou espiritual e estabelece contato com um poder divino: ( ) Sim ( ) Não

**Direitos Humanos:** desfruta de todos os direitos nacionais e internacionalmente reconhecidos que são atribuídos às pessoas pelo simples fato da sua condição humana:

( ) Sim ( ) Não

**Vida política e cidadania:** participa, como cidadão, na vida social, política e governamental, ter o estatuto legal de cidadão e desfruta dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel: ( ) Sim ( ) Não

**FATORES AMBIENTAIS:** os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

**Atitudes individuais dos amigos:** opiniões e crenças gerais ou específicas de amigos, sobre alguma pessoa ou sobre questões que influenciam o comportamento e ações individuais: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade:** opiniões ou crenças sobre conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade sobre a pessoa ou sobre outras questões: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade:** opiniões e crenças de pessoas em posições de autoridade, sobre as pessoas ou sobre outras questões: ( ) Sim ( ) Não.

**Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas:** opiniões ou crenças gerais ou específicas de pessoas em posições subordinadas, sobre a pessoa ou sobre outras questões:

( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais:** opiniões e crenças sobre prestadores de apoio pessoal e assistentes pessoais: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de estranhos:** opiniões e crenças sobre estranhos: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de profissionais de saúde:** opiniões e crenças sobre os profissionais de saúde que prestam atendimento: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes individuais de outros profissionais:** Opiniões e crenças sobre outros profissionais e os relacionados com a saúde: ( ) Sim ( ) Não

**Atitudes sociais:** Opiniões e crenças sobre uma cultura, sociedade, agrupamentos culturais ou outros grupo sociais, questões sociais, políticas e econômicas: ( ) Sim ( ) Não

**Normas, práticas e ideologias sociais** Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas que surgem dentro dos contextos sociais: ( ) Sim ( ) Não

**Segurança física/meio ambiente:**

Como você avalia sua saúde física no último mês?  
Muito boa ( ) Boa ( ) Moderada ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )

Atualmente você tem alguma doença(s) ou distúrbio(s)? ( ) Não ( ) Sim Se sim, especifique : \_\_\_\_\_

Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?  
( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Moderada ( ) Ruim ( ) Muito ruim

Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade? ( ) Não ( ) Sim Se Sim:

---

Condições de Moradia: tem quarto exclusivo: ( ) Sim ( ) Não

Ambiente livre de perigo: ( ) Sim ( ) Não

Barreiras Arquitetônicas: degraus – ( ) Sim ( ) Não Portas Estreitas – ( ) Sim ( ) Não

Banheiro sem suporte – ( ) Sim ( ) Não Tapetes – ( ) Sim ( ) Não

Piso Escorregadio – ( ) Sim ( ) Não Iluminação Adequada – ( ) Sim ( ) Não

Saneamento Básico – ( ) Sim ( ) Não

Teve alguma queda relacionada ao ambiente o qual está inserido? Quantas vezes? Alguma seqüela? Cirurgias decorrentes?

---

Foi hospitalizado no último ano? ( ) Não ( ) Sim. Se Sim, por favor, especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. \_\_\_\_\_ Quantos dias \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Quantos dias \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Quantos dias \_\_\_\_\_

**ANEXO A – Miniexame do Estado Mental (Minimental – MEEM)**

C<sub>1</sub> Orientação Temporal – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero).

Ano	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Semestre	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Mês	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Dia	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Dia da semana	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>1</sub> =**

C<sub>2</sub> Orientação Espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Nome da rua do asilo	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Número do asilo	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Bairro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Cidade	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Estado	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>2</sub> =**

C<sub>3</sub> Registro – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até três tentativas...

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou=1 Não lembrou=0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr(a) tem alguma dúvida?

Árvore	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Mesa	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Cachorro	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu

Número de repetições:

**TOTAL DE PONTOS C<sub>3</sub> =**

C<sub>4</sub> Atenção e cálculo - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero).

100-7=93	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
93-7=86	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
86-7=79	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
79-7=72	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
72-7=65	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>4</sub> =**

C5 Memória de evolução das palavras – Marcar um ponto para cada cálculo, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de três palavras e o Sr(a) as repetiu. Diga-me agora de quais lembra.

Árvore	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Mesa	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Cachorro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>5</sub> =**

C6 Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>6</sub> =**

C7 Repita a frase que vou lhe dizer – (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

<input type="checkbox"/> Conseguiu	<input type="checkbox"/> Não conseguiu
------------------------------------	--

**TOTAL DE PONTOS C<sub>7</sub> =**

C8 Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHE OS OLHOS, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10seg.).

Fechou os olhos <input type="checkbox"/> (1 ponto)	Não fechou <input type="checkbox"/> (zero)
--	--

**TOTAL DE PONTOS C<sub>8</sub>=**

C9 Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel e, quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero).

Pegue o papel	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Dobre esse papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou
Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou

**TOTAL DE PONTOS C<sub>9</sub> =**

C10 Diga ao idoso(a):

O(a) Sr(a) poderia escrever ou ditar uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

---

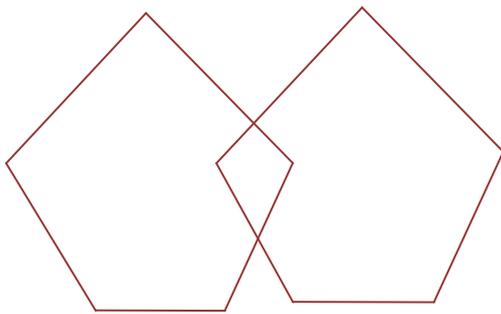


---

**TOTAL DE PONTOS C<sub>10</sub> =**

C11 diga ao idoso (a):

Por favor, copie este desenho:



**TOTAL DE PONTOS C<sub>11</sub> =**

**TOTAL DE PONTOS DE TODOS OS TESTES =**

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver duas figuras com interseção (1 ponto).

Escore:

Escore de 30 a 27 – função cognitiva preservada.

Escore de 26 a 24 – alteração não sugestiva de *déficit*.

Escore de 23 pontos ou menos – sugestivo de *déficit cognitivo* (não é critério de diagnóstico para demência).

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA ESCALA DE RISCO DE QUEDA

Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco – **Sim (1) Não (0)**

ITENS QUE PODEM PREDISPOR UMA QUEDA	PONTUAÇÃO
<b>Quedas anteriores:</b>	
<b>Medicações (ver tabela seguinte):</b> <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Tranquilizantes/sedativos <input type="checkbox"/> anti-hipertensivos/diuréticos * <input type="checkbox"/> Drogas antiparkinsonianas* <input type="checkbox"/> Antidepressivos* <input type="checkbox"/> Outras medicações	
<b>Déficit sensorio:</b> <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Visão prejudicada* <input type="checkbox"/> Audição prejudicada* <input type="checkbox"/> Membros* (amputação, AVC, neuropatia)	
<b>Estado mental:</b> <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso (MEEM <24/30)* (Somar os pontos do MEEM) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Segura, com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador, ...) <input type="checkbox"/> Insegura, com/sem equipamentos* <input type="checkbox"/> Incapaz	
<b>TOTAL=</b>	

\* Pontuação igual ou superior a três indica um alto risco de quedas.

### Medicações (nomes genéricos)

Tranquilizantes/ sedativos	Diuréticos	Anti- hipertensivos	Drogas antiparkinsonianas	Anti- depressivos
Bromazepam Buspirona	HCTZ Bumetanida Piretanida Furosemida Indapamida Manitol Amilorida Espironolactona Clortalidona Acetazolamida	Clonidina Rilmenedina Irbesartana Telmisartana Valsartana Doxazosina Felodipina Nifedipina Captopril Hidralazina Losartana Anlodipina Carvedilol Atensina	Biperideno Entacapona Levodopa Pergolida Pramipexol Selegilina Tolcapona Triexifenidilina	Amineptina Amitriptilina Citalopram Clomipramina Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Imipramina Nefazodona Nortriptilina Paroxetina Sertralina Ventafaxina

**ANEXO C – PARECER DO CEPAS****CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande / FURG  
www.cepas.furg.br

**PARECER Nº 09/ 2012**

PROCESSO Nº: 23116.006876/2011-29.

**CEPAS 103/2011**TÍTULO DO PROJETO: “**Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada: proposta de cuidado de enfermagem**”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Silvana Sidney Costa Santos

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 003/2012 emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada: proposta de cuidado de enfermagem**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/01/2013.

Rio Grande, RS, 03 de abril de 2012.

Profª. Eli Sinnott Silva  
Coordenadora do CEPAS/FURG