



LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

**CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO
ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO
ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**

LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Enf.^a Marlene Teda Pelzer

RIO GRANDE

2019

Ficha catalográfica

R672c Rocha, Lucimara Sonaglio.
Capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem / Lucimara Sonaglio Rocha. – 2019.
303 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Marlene Teda Pelzer.

1. Atividades Cotidianas 2. Hospitalização 3. Pesquisa Metodológica em Enfermagem 4. Saúde do Idoso 5. Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado 6. Enfermagem I. Pelzer, Marlene Teda II. Título.

CDU 616-083-053.9

LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

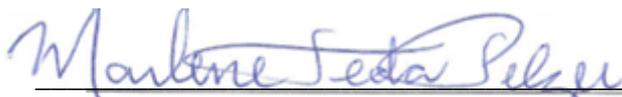
CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA:
elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem em 23/08/2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

BANCA EXAMINADORA



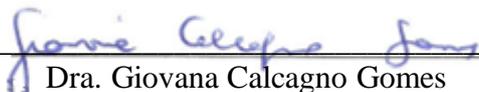
Profa. Dra. Marlene Teda Pelzer (presidente)



Dr. Edison Lui Devos Barlem
(Membro Efetivo – FURG)



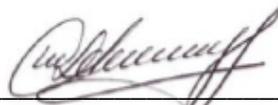
Dra. Daiane Porto Gautério de Abreu
(Membro Efetivo – FURG)



Dra. Giovana Calcagno Gomes
(Membro Efetivo – FURG)



Dra. Celmira Lange
(Membro Efetivo Externo –UFPEL)



Dra. Marilene Rodrigues Portella
(Membro Efetivo Externo – UPF)

*Ao meu filho Lorenzo,
aquele que me ensinou o significado do amor verdadeiro,
aquele que me dá força e estímulo para seguir em frente,
aquele que é a luz dos meus dias.
Mamãe ama muito você!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida, pelas bênçãos concedidas e também pelos obstáculos vividos ao longo desta trajetória. Hoje compreendo o quanto estes me tornaram mais fortes e trouxeram-me lições preciosas sobre o viver. Obrigada Senhor, somente Tu sabes o tortuoso caminho que percorri até aqui.

Agradeço aos meus pais Lucia e Antônio, irmãs Luciana, Lucirene e Lenice, meus sobrinhos Lucas, Murilo e Maria, ao meu esposo Rogério, meu filho Lorenzo, minha sogra Jussara e cunhada Cássia pelo apoio e compreensão frente às inúmeras ausências.

Agradeço aos mestres que me guiaram nas diferentes etapas de minha formação profissional.

Agradeço aos amigos que, longe ou perto, se fizeram presença em minha vida dedicando-me força, carinho e incentivo.

Agradeço à colega e amiga Dóris Helena Ribeiro Farias por todo o carinho, apoio e assistência dedicadas ao longo destes quatro anos de caminhada.

Agradeço a cada paciente que tive o privilégio de cuidar, pois, cada um a seu modo, mostrou-me que, além de conhecimento, é preciso empatia e amor ao próximo para ser Enfermeira.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande pela disposição em acolher propostas de profissionais que tenham vivência na área e que buscam realizar pesquisas que respondam às necessidades sociais que emergem de sua prática.

Agradeço aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande pela possibilidade de formação, pelos ensinamentos ao longo do doutoramento e pela compreensão da distância, quando então realizaram alterações que buscaram viabilizar minha presença nas disciplinas.

Agradeço ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha pelo incentivo à minha formação e à equipe de colegas pelo apoio e carinho.

Agradeço ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo por estabelecer critérios claros e objetivos para a realização de pesquisas na Instituição e pela confiança na proposta apresentada, viabilizando a realização da primeira etapa de coleta de dados deste estudo.

Agradeço aos participantes deste trabalho pela confiança em fornecer seus dados e pelo tempo que dispensaram para sua realização. De forma especial, agradeço às pessoas idosas e seus cuidadores pelo extraordinário carinho, atenção e receptividade recebidos.

Agradeço à professora Dra. Giovana Calcagno Gomes pelos conhecimentos, carinho e atenção recebidos na ocasião da realização da disciplina de Estágio de Docência.

Agradeço aos membros da banca de qualificação e defesa de tese, professores Dr. Edison Luiz Devos Barlem, Dra. Daiane Porto Gautério, Dra. Celmira Lange, Dra. Marilene Rodrigues Portella, Dra. Giovana Calcagno Gomes e a professora Dra. Bárbara Tarouco da Silva os quais gentilmente aceitaram o pedido de participação e com tamanha competência auxiliaram na construção da presente tese.

Agradeço ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação pela parceria e contribuições quando pude estar presente nos encontros bem como por meio das mensagens trocadas continuamente.

Agradeço à minha orientadora profa. Dra. Marlene Teda Pelzer, não há como expressar em palavras tudo que fizeste para que eu chegasse até este momento. Agradeço a gentileza e paciência de ter me guiado em meus estudos com sua ampla bagagem de conhecimento, mas acima de tudo, agradeço todo carinho, atenção, zelo, palavras de incentivo e apoio, és um ser humano especial e iluminado, muito obrigada.

Minha mais profunda GRATIDÃO a todos que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade... OBRIGADA!

*"Tenha sempre presente que a pele se enruga,
o cabelo embranquece, os dias convertem-se em anos...
Mas o que é importante não muda...
a tua força e convicção não têm idade.
O teu espírito é como qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.
Enquanto estiver viva, sinta-se viva.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.
Faça com que, em vez de pena, tenham respeito por você.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha!!!"*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

ROCHA, Lucimara Sonaglio. **Capacidade Funcional da Pessoa Idosa Hospitalizada:** elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem. 2019. 262f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A hospitalização é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional das pessoas idosas. Logo, durante a internação do idoso, a avaliação da capacidade funcional faz-se necessária, uma vez que fornece dados importantes para a assistência de enfermagem que, fundamentada em evidências científicas, poderá intervir para minimizar ou evitar perdas funcionais e prevenir complicações. O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas. Constituem-se como objetivos específicos: verificar se há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar; identificar variáveis associadas ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas; elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada. Com a finalidade de atender os objetivos propostos, uma vez que, coexiste o propósito de avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada e o de propor uma intervenção de enfermagem neste contexto, o estudo foi realizado em dois momentos. No momento 1, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2018, foi avaliada a capacidade funcional de 56 pessoas idosas nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo por meio de um instrumento de avaliação sociodemográfico, econômico e clínico, da aplicação das escalas de Barthel para a avaliação das atividades básicas de vida diária, de Lawton e Brody para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária e do Mini Cog para a avaliação cognitiva. No momento 2, realizado entre os meses de janeiro e julho de 2019, foi construído e validado um protocolo de intervenções de enfermagem com foco na capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada. Os participantes, em sua maioria, mostraram-se independentes na linha de base tanto para as atividades básicas, quanto instrumentais de vida diária (60% e 53,6% respectivamente) com perda funcional significativa entre o período pré admissional e admissional e entre o período pré-hospitalar e alta hospitalar para ambas as atividades e variação entre os períodos de admissão e 5 dias, 10 e 15 dias decorridos de internação para as ABVD. Não houve variação significativa nas ABVD e AIVD entre o período de admissão e alta hospitalar. Tais dados sugerem que há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar. Em relação aos fatores que contribuem para o declínio funcional da pessoa idosa hospitalizada, estes podem ser divididos em dois segmentos, fatores pré-hospitalares e intra-hospitalares. Entre os fatores pré-hospitalares idade, medo de quedas, presença de dor ao movimento e doenças do aparelho respiratório apresentaram moderada associação com o declínio para as ABVD e AIVD. Fadiga e fraqueza e doenças do aparelho circulatório associadas com declínio das AIVD. Desta forma, foi possível identificar alguns dos fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas. No segundo momento, foi elaborado um protocolo assistencial com base em evidências científicas constituído de cinco domínios de intervenção: estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado contendo as intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional

das Intervenções de Enfermagem (NIC) e resultados de enfermagem de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). O protocolo foi submetido à validação de conteúdo utilizando-se para tal da técnica Delphi com o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item e global por 7 juízes especialistas na área. O protocolo atingiu IVC 1, sendo assim considerado válido. Em ambos os momentos do estudo, foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, o estudo confirmou a tese de que durante a internação hospitalar, a pessoa idosa sofre alterações nos níveis de funcionalidade para as atividades de vida diária que podem repercutir em sua independência e autonomia. Neste contexto, a enfermagem, por meio da sistematização da assistência de enfermagem, pode contribuir para a prevenção de perdas, manutenção ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa.

Descritores: Atividades Cotidianas; Hospitalização; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Saúde do Idoso; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Enfermagem.

ABSTRACT

ROCHA, Lucimara Sonaglio. **Functional Capacity of Hospitalized Elderly Person:** elaboration and validation of nursing care protocol contents. 2019. 262p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Hospitalization is recognized as a risk factor for the functional decline of the elderly. Therefore, during the hospitalization of the elderly, the assessment of functional capacity is necessary, since it provides important data for nursing care that, based on scientific evidence, can intervene to minimize or avoid functional losses and prevent complications. The present work aims to evaluate the functional capacity of hospitalized elderly people. Specific objectives are: to verify if there is variation in the functional capacity of the elderly before and during hospitalization and at the time of hospital discharge; identify variables associated with declining functional capacity in hospitalized elderly people; elaborate and validate the content of a nursing care protocol focusing on the functional capacity of the hospitalized elderly. In order to meet the proposed objectives, since the purpose of evaluating the functional capacity of the hospitalized elderly and to propose a nursing intervention in this context, the study was conducted in two moments. At moment 1, performed between November and December 2018, the functional capacity of 56 elderly people in the inpatient units of the Passo Fundo Clinical Hospital was evaluated by means of a socio-demographic, economic and clinical assessment tool, by applying Barthel scales for the assessment of basic activities of daily living, Lawton and Brody for the assessment of instrumental activities of daily living and the Mini Cog for cognitive assessment. At moment 2, carried out between January and July 2019, a protocol of nursing interventions was built and validated focusing on the functional capacity of the hospitalized elderly. Most participants were independent at baseline for both basic activities and daily living instruments (60% and 53.6% respectively) with significant functional loss between the pre-admission and admission periods and between the prehospital and discharge from hospital for both activities and variation between admission and 5 days, 10 and 15 days after admission to ABVD. There was no significant variation in BADL and IADL between the period of admission and hospital discharge. These data suggest that there is a variation in the functional capacity of the elderly before and during hospitalization and at the time of hospital discharge. Regarding the factors that contribute to the functional decline of the hospitalized elderly, these can be divided into two segments, prehospital and intrahospital factors. Among the prehospital factors age, fear of falls, presence of pain on movement and diseases of the respiratory tract were moderately associated with the decline for BADL and IADL. Fatigue and weakness and diseases of the circulatory system associated with decline in IADL. Thus, it was possible to identify some of the prehospital factors associated with the decline in functional capacity in hospitalized elderly people. In the second moment, a care protocol was elaborated based on scientific evidence consisting of five intervention domains: general health status, cognition and mood, functional performance, social support and care organization containing nursing interventions according to the International Classification. Nursing Interventions (NIC) and nursing outcomes according to the

Nursing Outcomes Classification (NOC). The protocol was subjected to content validation using the Delphi technique with the calculation of the Content Validity Index (CVI) per item and global by 7 expert judges in the field. The protocol reached CVI 1 and was considered valid. In both moments of the study, the ethical precepts established in Resolution 466/2012 of the National Health Council were respected. Thus, the study confirmed the thesis that during hospitalization, the elderly suffer changes in the functionality levels for the children. activities of daily living that may affect their independence and autonomy. In this context, nursing, through the systematization of nursing care, can contribute to the prevention of loss, maintenance or recovery of functional capacity of the elderly.

Descriptors: Daily Activities; Hospitalization; Methodological Research in Nursing; Health of the Elderly; Nurses Improving Care for Health System Elders; Nursing.

RESUMEN

ROCHA, Lucimara Sonaglio. **Capacidad Funcional de la Persona Anciana Hospitalizada:** elaboración y validación de contenido de un protocolo asistencial de enfermería. 2019. 262h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de PostGraduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La hospitalización se reconoce como un factor de riesgo para el deterioro funcional de los ancianos. Por lo tanto, durante la hospitalización de los ancianos, la evaluación de la capacidad funcional es necesaria, ya que proporciona datos importantes para la atención de enfermería que, con base en evidencia científica, pueden intervenir para minimizar o evitar pérdidas funcionales y prevenir complicaciones. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la capacidad funcional de las personas mayores hospitalizadas. Los objetivos específicos son: verificar si hay variación en la capacidad funcional de los ancianos antes y durante la hospitalización y en el momento del alta hospitalaria; identificar variables asociadas con la disminución de la capacidad funcional en ancianos hospitalizados; Elaborar y validar el contenido de un protocolo de atención de enfermería centrado en la capacidad funcional de los ancianos hospitalizados. Con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, dado el propósito de evaluar la capacidad funcional de la persona mayor hospitalizada y proponer una intervención de enfermería en este contexto, el estudio se realizó en dos momentos. En el momento 1, realizado entre noviembre y diciembre de 2018, se evaluó la capacidad funcional de 56 personas mayores en las unidades de hospitalización del Hospital Clínico Passo Fundo mediante una herramienta de evaluación sociodemográfica, económica y clínica, mediante la aplicación Barthel escala para la evaluación de actividades básicas de la vida diaria, Lawton y Brody para la evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria y el Mini Cog para la evaluación cognitiva. En el momento 2, llevado a cabo entre enero y julio de 2019, se elaboró y validó un protocolo de intervenciones de enfermería centrado en la capacidad funcional de los ancianos hospitalizados. La mayoría de los participantes fueron independientes al inicio del estudio tanto para las actividades básicas como para los instrumentos de la vida diaria (60% y 53,6% respectivamente) con una pérdida funcional significativa entre los períodos de preadmisión y admisión y entre prehospitalario y alta hospitalaria para ambas actividades y variación entre el ingreso y 5 días, 10 y 15 días después del ingreso a ABVD. No hubo variación significativa en BADL e IADL entre el período de ingreso y el alta hospitalaria. Estos datos sugieren que existe una variación en la capacidad funcional de los ancianos antes y durante la hospitalización y en el momento del alta hospitalaria. En cuanto a los factores que contribuyen al deterioro funcional de los ancianos hospitalizados, estos se pueden dividir en dos segmentos, factores prehospitalarios e intrahospitalarios. Entre los factores prehospitalarios, la edad, el miedo a las caídas, la presencia de dolor en el movimiento y las enfermedades del sistema respiratorio se asociaron moderadamente con la disminución de BADL y IADL. Fatiga y debilidad y enfermedades del sistema circulatorio asociadas con la disminución de IADL. Por lo tanto, fue posible identificar algunos de los factores prehospitalarios asociados con la disminución de la capacidad funcional en ancianos hospitalizados. En el segundo

momento, se elaboró un protocolo de atención basado en evidencia científica que consta de cinco dominios de intervención: estado general de salud, cognición y estado de ánimo, desempeño funcional, apoyo social y organización de atención que contiene intervenciones de enfermería de acuerdo con la Clasificación Internacional. Intervenciones de enfermería (NIC) y resultados de enfermería según la Clasificación de resultados de enfermería (NOC). El protocolo fue sometido a validación de contenido utilizando la técnica Delphi con el cálculo del Índice de Validez de Contenido (CVI) por ítem y global por 7 jueces expertos en el campo. El protocolo alcanzó CVI 1 y se consideró válido. En ambos momentos del estudio, se respetaron los preceptos éticos establecidos en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, por lo que el estudio confirmó la tesis de que durante la hospitalización, los ancianos sufren cambios en los niveles de funcionalidad de los niños. actividades de la vida diaria que pueden afectar su independencia y autonomía. En este contexto, la enfermería, a través de la sistematización de los cuidados de enfermería, puede contribuir a la prevención de la pérdida, el mantenimiento o la recuperación de la capacidad funcional de los ancianos.

Descriptor: Actividades cotidianas; hospitalización; Investigación Metodológica en Enfermería; Salud del Anciano; Cuidados de enfermería para ancianos hospitalizados; Enfermería.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Descrição da estratégia PICO.....	61
QUADRO 2 - Qualidade da evidência segundo o Sistema GRADE.....	63
QUADRO 3 – Implicação dos graus de recomendação de acordo com o Sistema GRADE	64
QUADRO 4 – Fatores que reduzem e elevam a qualidade da evidência	64
QUADRO 5 - Critérios para a seleção de juízes especialistas	66
QUADRO 6 - Gradientes das respostas e orientação aos juízes especialistas.....	67

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Esquema representativo da revisão de literatura	31
FIGURA 2 - Área de abrangência do HCPF	52
FIGURA 3 – Representação da seleção dos participantes do estudo	55
FIGURA 4 - Fluxograma da revisão sistemática da literatura	60
FIGURA 5 - Modelo explicativo do Método Delphi	69

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Número de internações total e de pessoas com idade igual e superior a 60 anos no HCPF 2008-2018	53
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AVD	Atividades de vida diária
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DATASUS	Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation</i>
HCPF	Hospital da Cidade de Passo Fundo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	Índice de validade de conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NGC	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STARD	<i>Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento 1).....	162
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados (Momento 1)	164
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados (Momento 2)	170
APÊNDICE D – Convite aos juízes especialistas	172
APÊNDICE E – Formulário eletrônico de avaliação do protocolo assistencial	173
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento 2)	185
APÊNDICE G - Protocolo de intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosas hospitalizada (versão final – íntegra)	187

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Carta de Aprovação Comitê de Ética Em Pesquisa na área da Saúde (CEPAS-FURG).....	260
ANEXO 2 - Autorização institucional para a realização da pesquisa (Momento 1)...	261

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 Capacidade funcional: novo paradigma de atenção à saúde da pessoa idosa	31
2.1.1 O processo de envelhecimento e a capacidade funcional da pessoa idosa	32
2.1.2 O papel das políticas públicas na atenção à capacidade funcional da pessoa idosa	34
2.1.3 Instrumentos de avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa.....	36
2.2 Protocolos assistenciais: aplicação no cuidado de enfermagem	40
2.2.1 Protocolos assistenciais: uma tecnologia aplicada ao cuidado	40
2.2.2 Fundamentos para a elaboração de protocolos assistenciais	46
3 METODOLOGIA	50
3.1 Momento 1: avaliação da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas ..	50
3.1.1 Campo de estudo	51
3.1.2 Participantes do estudo	53
3.1.3 Coleta de dados e instrumentos de coleta de dados	55
3.1.4 Análise e interpretação dos dados	58
3.2 Momento 2: elaboração e validação de conteúdo de protocolo assistencial	59
3.2.1 Seleção e refinamento dos tópicos	59
3.2.2 Revisão sistemática da literatura.....	59
3.2.3 Recomendações para diferentes cenários.....	63
3.2.4 Atualização do protocolo.....	64
3.2.5 Revisão por especialistas e profissionais	64
3.2.6 Análise e interpretação dos dados	69
3.3 Aspectos éticos	69
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
4.1 Artigo 1 – Caracterização da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas.....	72
4.2 Artigo 2 – Fatores pré-hospitalares associados ao declínio funcional de pssoas idosas hospitalizadas	90

4.3 Artigo 3 – Intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática da literatura	109
4.4 Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada	128
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS.....	152
APÊNDICES	161
ANEXOS.....	259

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica é uma das principais transformações pelas quais vem passando a sociedade. Este processo caracteriza-se pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade para outro em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos. Destaca-se que, nos países do oeste da Europa, os primeiros a experimentarem tal fenômeno, as taxas de mortalidade e de fecundidade caíram lentamente, fazendo com que a transição demográfica durasse mais de um século. Em contrapartida, em alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo se deu de forma bastante rápida, com as populações sofrendo transformações bruscas em curtos períodos de tempo. Isso vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

O segmento de idosos na população brasileira apresenta taxas de crescimento estimada de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015). O rápido envelhecimento da população tem profundas implicações para indivíduos, famílias e sociedade, trazendo importantes desafios. Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos à pessoa idosa vêm adquirindo relevância (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; BRASIL, 2016).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de manifestar diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Outrossim, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das relacionadas unicamente às perdas biológicas.

Tais mudanças incluem as alterações nos papéis e posições sociais, bem como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O envelhecimento populacional mostrou que a saúde não pode ser compreendida apenas como o não padecer de uma doença e sobreviver, mas sim, deve ser concebida em toda a complexidade humana. O conceito de cura, antes paradigma dos sistemas de saúde, não atende às especificidades do envelhecimento, em que a qualidade de vida e a preservação da funcionalidade se tornam importantes definições para a atuação do sistema de saúde (ROMERO; MARQUES, 2014). A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis acompanha o aumento da expectativa de vida. A maioria das pessoas idosas apresentam doenças crônicas e muitos indivíduos convivem com mais de uma afecção (TENÓRIO; CAMACHO, 2015; STORTI *et al.*, 2013). Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra (VERAS, 2012).

Desta forma, o conceito de saúde que melhor se adapta à população idosa deriva do conceito de capacidade funcional, resultado da interação entre a saúde física e mental, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica, sem, contudo, significar ausência de problemas (RAMOS, 2011). Na prática, trabalha-se com o conceito de capacidade *versus* incapacidade. A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade física e mental para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, enquanto a incapacidade funcional refere-se ao grau de dificuldade no desempenho destas atividades (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; BRASIL, 2006a). A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto, também, por diretrizes nacionais e internacionais voltadas à saúde da pessoa idosa.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica a Política do Envelhecimento Ativo com o pressuposto de que é possível envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia da pessoa idosa a partir de medidas preventivas que venham a promover a saúde desta população. Em 19 de outubro de 2006, no Brasil, foi aprovada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 2528/GM, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual considera que o conceito de saúde para a pessoa idosa se traduz mais pela preservação de sua autonomia e independência que pela

presença ou ausência de doença e enfatiza que envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia deve ser a meta de toda a ação de saúde (BRASIL, 2006a).

A hospitalização é um indicador da ocorrência de doenças que demandam cuidados especializados, o que em si já resulta em uma maior probabilidade de incapacidade funcional (FREITAS *et al.*, 2012). No que compete às demandas relativas à assistência à saúde, de acordo com a Pesquisa Nacional Saúde (2013), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dois terços dos brasileiros dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os dados, a rede pública foi responsável por 65,7% das internações que duram 24 horas ou mais no Brasil (BRASIL, 2015). Sendo assim, sofre grande pressão decorrente da demanda de serviços ligados ao processo de envelhecimento populacional (SMITH *et al.*, 2017).

Os idosos são os principais usuários do sistema público de saúde quando consideradas as internações hospitalares (CALDAS *et al.*, 2013; BRASIL, 2019). Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que no ano de 2018, no Brasil, 26% das hospitalizações no âmbito do SUS, ou seja, cerca de 3 milhões de internações ocorreram entre pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2019). No Rio Grande do Sul, com uma proporção de 17,6% de pessoas idosas na população, este grupo representou 33,72% do total de internações hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 2019; BRASIL, 2019).

As principais causas de hospitalização de idosos são as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças neurológicas, traumas, fraturas, infecções e transtornos mentais (BRASIL, 2019). Para Pagotto *et al.* (2013), a elevada prevalência de hospitalizações entre pessoas idosas no âmbito do SUS deve-se a questões de ordem econômica e social, condições de saúde (número de morbididades e perda de peso) que sugerem uma baixa resolutividade dos serviços de atenção primária voltados para as necessidades desta população.

A hospitalização é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional das pessoas idosas, devido à perda de independência e autonomia. O declínio funcional é caracterizado pela perda de capacidade para realizar atividades básicas de vida diária

(ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD)¹, o que leva a uma menor qualidade de vida relacionada à saúde, maior utilização de serviços de saúde, maiores custos relacionados a saúde e morte precoce. O atendimento hospitalar deve se centrar em tratar não apenas o diagnóstico pelo qual os pacientes são admitidos, mas também deve propor ações para prevenção das grandes síndromes geriátricas (ASMUS-SZEPESI *et al.*, 2015).

Estudo realizado por Pereira *et al.* (2014), com o objetivo de identificar a funcionalidade global de pessoas idosas submetidas à internação hospitalar constatou que a maioria era semidependente ou dependente para as atividades de vida diária, constituindo-se 61,71% para as ABVD e 52,13% para as AIVD. Já Banouby *et al.* (2013), identificaram uma frequência de dependência maior para as AIVD do que para as ABVD. De acordo com Lee, Staffileno e Fogg (2013), um nível funcional comprometido na admissão hospitalar pode ser potencializado com as práticas hospitalares (assistência não especializada, imobilidade no leito, uso de psicofármacos, aplicação de sonda vesical etc.).

Com o objetivo de verificar as tendências na literatura nacional e internacional sobre a temática capacidade funcional do idoso hospitalizado, foi realizada uma busca em bases de dados nacionais e internacionais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scopus*. Foram considerados artigos completos publicados no período de 2007 a 2017, disponíveis na íntegra, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, indexados nos bancos anteriormente citados, a partir dos descritores *elderly health* e *hospitalization* e da palavra chave *functional capacity* utilizando o operador booleano *and* entre os termos. Os critérios de exclusão dos artigos foram: publicações que não diziam respeito à temática capacidade funcional do idoso hospitalizado, anais de congressos, editoriais e resumos.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2018. Para facilitar o gerenciamento das referências foi utilizado o software EndNote versão X 8.2, eleito devido sua disponibilidade na maioria das bases eletrônicas e por ser de fácil

¹ ABVD: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, continência vesical e intestinal, uso do vaso sanitário e transferência. AIVD: uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, atividades domésticas, controle dos medicamentos e finanças.

aplicação, auxiliando na importação e transferência dos estudos selecionados. Foram encontrados 99 artigos, dos quais 75 na base de dados MEDLINE, treze no LILACS, dez no SciELO e um na Scopus. Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos e exclusão daqueles que encontravam-se duplicados ou não estavam disponíveis para serem acessados na íntegra via eletrônica, identificou-se que onze enquadravam-se ao objetivo proposto. Os artigos que compuseram a amostra definitiva foram revisados e realizada uma análise descritiva dos assuntos mais pertinentes à temática.

Por meio dessa análise, pôde-se perceber que há um número limitado de publicações sobre a temática no período determinado. Quanto ao conteúdo abordado pelos artigos, dois estudos apresentaram propostas de avaliação da eficácia de programas de força e caminhada durante a internação hospitalar de idosos na Espanha (FLECK *et al.*, 2012; MARTINEZ-VILILLA *et al.*, 2015) e um avaliou os efeitos e custos de um programa complementar de cuidados na Holanda (ASMUS-SZEPESI *et al.*, 2015). No Brasil, três trabalhos se propuseram a apresentar dados relativos à capacidade funcional e incapacidade em idosos na comunidade (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; FREITAS *et al.*, 2012; VIRTUOSO JÚNIOR *et al.*, 2015) e um avaliou a capacidade funcional de idosos internados em um serviço de emergência de um hospital universitário (LOPES *et al.*, 2015). Wallace e Shelkey (2008) recomendaram a utilização do Índice de Katz de Independência em Atividades de Vida Diária como um instrumento preciso e validado nos diferentes contextos de assistência para auxiliar as enfermeiras a detectar alterações sutis na saúde dos idosos e a prevenir declínio funcional.

Cunha *et al.* (2009) realizaram uma revisão crítica da literatura disponível sobre os fatores de risco associados ao declínio funcional em idosos hospitalizados. Enfatiza-se, portanto, a importância de estudos que abordem as intervenções que possam ser realizadas com a população idosa no contexto da atenção hospitalar e avaliar, ao longo da internação, variações da capacidade funcional. Na presente análise, foram encontradas duas publicações que abordam parcialmente esse aspecto, uma vez que, não foram propostas intervenções, mas sim, realizada a análise da evolução da capacidade funcional dos idosos durante o período de internação hospitalar (CARES *et al.*, 2013; LENDÍNEZ *et al.*, 2010). Cares *et al.* (2013) descreveram o perfil e a evolução da capacidade funcional de 83 idosos hospitalizados a partir da análise de prontuários no Chile. Lendínez *et al.* (2010) estabeleceram o perfil dos pacientes idosos atendidos em um hospital da

Espanha, analisaram os resultados da hospitalização nos idosos em termos de variação da capacidade funcional na alta em relação à sua admissão e identificaram as variáveis que influenciam a variação da capacidade funcional desses idosos.

Desta forma, estudos que se proponham a avaliar a capacidade funcional do idoso hospitalizado e propor intervenções de enfermagem são relevantes, uma vez que não foram encontrados trabalhos nesse sentido. Assim, evidencia-se aqui uma lacuna no conhecimento, mostrando que a enfermagem encontra nesta temática um campo profícuo de investigação, uma vez que, a equipe de enfermagem, coordenada pelo enfermeiro, é o grupo de profissionais que mais tempo atua junto ao idoso no contexto hospitalar, desde a sua admissão à alta.

Durante a internação da pessoa idosa, a avaliação da sua capacidade funcional faz-se necessária, uma vez que fornece dados importantes para a assistência de enfermagem e demais profissionais, que podem intervir para minimizar ou evitar a perda da capacidade funcional e prevenir complicações. Além disso, o cuidado individualizado, durante a internação, e a orientação na alta do paciente, podem contribuir com redução dos índices de readmissão, estando associado à melhor qualidade do cuidado (LOURENÇO *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2015).

O cuidado requer métodos de organização para sistematizar a assistência. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o processo de enfermagem (PE) são meios para guiar, orientar e estruturar a qualificação e individualizar o cuidado (DURAN; TOLEDO, 2011). A SAE está regulamentada no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Resolução nº 272/2002 revogada pela Resolução COFEN n. 358/2009 e da Lei nº 7.498/1986, implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras (COFEN, 2009). Visa determinar diagnósticos e intervenções de enfermagem em busca de respostas humanas positivas ou resultados de cuidados positivos comprovados a partir de uma avaliação subjetiva e objetiva do paciente (COFEN, 2009).

A sistematização pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos, no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações para o alcance de um determinado objetivo. Existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre as quais podemos citar os planos de

cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (CARVALHO; BACHION, 2009).

Entende-se por protocolo a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, conduzindo os profissionais nas decisões de intervenção para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são dispositivos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, o que lhes confere característica de instrumentos tecnológicos que favorecem e organizam as condições para a realização do cuidado (PIMENTA *et al.*, 2015; ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

Frente ao que fora exposto, constituíram-se como **objetos** deste estudo a capacidade funcional da pessoa idosa durante o processo de hospitalização e as intervenções de enfermagem. Formularam-se as seguintes **questões norteadoras**: A internação hospitalar pode provocar alterações na capacidade funcional da pessoa idosa? A elaboração de um protocolo assistencial de enfermagem encontra campo profícuo neste contexto? Com a finalidade de responder as questões norteadoras estabelecidas foi formulado o seguinte **objetivo geral**: avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas; e **objetivos específicos**:

- verificar se há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar;
- identificar variáveis associadas ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas;
- elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada.

Frente aos objetivos supracitados, foi formulada a seguinte **tese**: durante a internação hospitalar, a pessoa idosa sofre alterações nos níveis de funcionalidade para as atividades de vida diária que podem repercutir em sua independência e autonomia. Neste contexto, a enfermagem, por meio da sistematização da assistência de enfermagem, pode contribuir para a prevenção de perdas, manutenção ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa.

A realização do estudo encontrou justificativa na necessidade de a enfermagem implementar pesquisas voltadas à capacidade funcional dos idosos, especialmente os hospitalizados, com o intuito de que práticas que promovam a manutenção e recuperação da funcionalidade durante o processo de hospitalização possam ser operacionalizadas.

Pesquisar as questões relacionadas ao envelhecimento ainda encontra significado nas necessidades de saúde da população. No documento elaborado pelo Ministério da Saúde denominado Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, a temática do idoso é evidenciada como de relevância para as pesquisas na área. A agenda é composta por 24 subagendas, das quais a sexta é dedicada exclusivamente à saúde do idoso e a quinta contempla as doenças não transmissíveis (incluindo as doenças crônicas não transmissíveis). Há ainda outras três (saúde da mulher, bioética e ética da pesquisa e demografia e saúde – agendas 8, 11 e 16), que pontuam prioridades relacionadas à população idosa (BRASIL, 2015).

As demais subagendas, não tratam especificamente da temática do idoso, porém, permeiam conhecimentos aplicados à esta parcela da população e ao envelhecimento populacional. A elaboração de um protocolo, atende, ainda, o exposto na subagenda de número seis, tópico 6.3.7, quando esta considera de relevância o seguinte aspecto: *desenvolvimento e validação de instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida dos idosos* (BRASIL, 2015). No mesmo sentido, em 2006, o Pacto pela Saúde buscou fomentar a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados (BRASIL, 2006b).

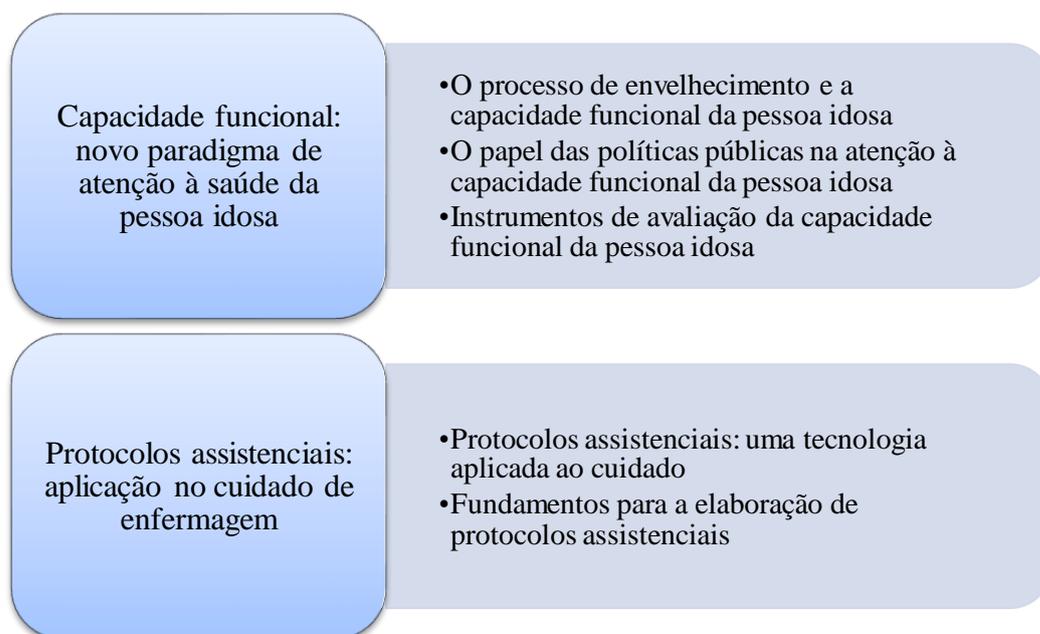
A realização desta pesquisa ainda encontrou motivação na experiência profissional da pesquisadora, que, no exercício das funções enquanto enfermeira assistencial hospitalar, esteve em contato com pacientes idosos e suas famílias/cuidadores desde o momento de sua admissão até o desfecho de sua hospitalização, seja ela a alta hospitalar, o óbito ou a institucionalização. Nesse contexto, pode observar que há, em alguns casos, uma significativa queda nos níveis de funcionalidade do idoso ao longo da internação hospitalar. Tal queda repercute no estado clínico do idoso, mas também, na qualidade de vida, por estar estreitamente relacionada à autonomia e independência, bem como em suas relações familiares. Em muitos casos a incapacidade do idoso determina a reorganização familiar em torno da definição do cuidador. Há ainda neste aspecto as questões econômicas relacionadas, seja no abandono de trabalho pelo cuidador, seja na

incapacidade do idoso provedor da família, seja no ônus decorrente do pagamento de um cuidador formal ou institucionalização. Nestas situações, além da fragilidade familiar, há ainda de ser considerada a vulnerabilidade do idoso à violência e maus tratos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura do presente estudo pautou-se nas discussões acerca da avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa e da utilização de protocolos assistenciais de enfermagem com uma tecnologia aplicada ao cuidado prestado à pessoa idosa hospitalizada, conforme esquema representativo a seguir:

FIGURA 1 - ESQUEMA REPRESENTATIVO DA REVISÃO DE LITERATURA



Fonte: própria autora.

2.1 Capacidade funcional: novo paradigma de atenção à saúde da pessoa idosa

Neste tópico será apresentada uma breve discussão acerca do processo de envelhecimento populacional e a capacidade funcional do idoso, o papel das políticas públicas na atenção à capacidade funcional do idoso e os principais instrumentos de avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa.

2.1.1 O processo de envelhecimento e a capacidade funcional da pessoa idosa

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, passou a fazer parte da realidade de grande parte das sociedades. Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2016). A evolução da composição populacional brasileira por grupos de idade confirma a tendência de envelhecimento demográfico, correspondente ao aumento da participação percentual dos idosos na população e a consequente queda percentual dos demais grupos etários. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que no ano de 2005, a população brasileira de idosos correspondia a 9,8%, enquanto que no ano de 2015 passou a 14,3% (BRASIL, 2016). A tábua de mortalidade projetada pelo IBGE para o ano de 2017 forneceu uma expectativa de vida de 76,0 anos para o total da população, um acréscimo de 3 meses e 11 dias em relação ao valor estimado para o ano de 2016 (75,8 anos) (BRASIL, 2018).

De acordo com os critérios de envelhecimento cronológico propostos pela OMS (2002), são consideradas idosas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Este referencial, entretanto, é válido somente para nações desenvolvidas. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. O termo envelhecimento é empregado com a finalidade de descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (CUNHA, 2013). O envelhecimento pode ser fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade). Ressalta-se que o exato limite entre esses dois estados não é preciso e caracteristicamente apresenta zonas de transição, o que dificulta discriminar cada um deles (MORAES; MORAES; CALDAS, 2014; PAPALÉO NETTO, 2016). O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente relacionados (PAPALÉO NETTO, 2016).

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento destacam a necessidade de propiciar à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde. Busca-se com isso não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, em última análise a melhoria da qualidade de vida (PAPALÉO

NETTO, 2016). Desta feita, envelhecimento não pode ser considerado sinônimo de incapacidade e dependência, mas sim de maior vulnerabilidade. A heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. As doenças são mais frequentes nessa faixa etária, porém nem sempre estão associadas à dependência funcional (MORAES; MORAES; CALDAS, 2014).

Nesse sentido, a saúde na velhice pode ser definida como uma medida da capacidade de realizar aspirações e de satisfazer as necessidades, e não simplesmente como a ausência de doenças. A maioria dos idosos convive com doenças ou disfunções orgânicas, que, em grande parte, não estão associadas à limitação das atividades ou restrição da participação social (MORAES; MORAES; CALDAS, 2014). O foco da atenção à saúde da pessoa idosa deve estar relacionado à funcionalidade global do indivíduo ou capacidade funcional, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. A pessoa considerada saudável é capaz de realizar as tarefas do cotidiano de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças (FERRETTI, 2012; MORAES, LANNA, 2014).

Nesta perspectiva, define-se autonomia como a capacidade de decisão, de comando; e independência como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. (PAPALÉO NETTO, 2016; FREITAS; MIRANDA, 2013). Conforme exposto, independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. De acordo com Moraes; Moraes e Caldas (2014, p. 104):

Existem pessoas com dependência física, porém capazes de escolher com autonomia as atividades de seu interesse. No entanto, há pessoas que apresentam condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas sem condições de decidir com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades. A perda da independência nem sempre vem associada à perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

A perda da capacidade funcional ou declínio funcional está associada à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, restrição da participação social do indivíduo, gerando cuidados de longa permanência e alto custo (MORAES; MORAES; CALDAS, 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). O declínio funcional pode ser agravado com a doença e com o processo de hospitalização, podendo, este último, gerar consequências iatrogênicas. Originalmente, a

palavra iatrogenia significa qualquer alteração patológica ocasionada pela prática médica (*iatros*: médico; *gignesthai*: nascer, derivado de palavra gênesis: produzir). A iatrogenia se refere a qualquer alteração patológica que ocorre no paciente decorrente da atuação dos profissionais de saúde da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde. Trata-se de uma das cinco síndromes geriátricas, denominadas “5 Is” da geriatria, a saber: instabilidade postural, incontinência urinária, insuficiência cerebral, iatrogenia e isolamento social. Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Nos Estados Unidos, é a quinta causa de morte entre idosos. Trata-se, portanto, da principal síndrome geriátrica potencialmente reversível ou até mesmo curável. Bastam doses regulares e contínuas de conhecimento específico na área (MORAES, MORAES, CALDAS, 2014; SANTOS; CEOLIN, 2009; SOUSA *et al.*, 2010).

Desta forma, o idoso pode entrar em um ciclo no qual o declínio funcional leva à dependência, esta, por sua vez, leva à hospitalização, e a hospitalização pode acarretar em um declínio funcional mais severo. Estudo de Lourenço *et al.* (2014) observou que alguns idosos, no momento da internação, mostram-se independentes para realização de ABVDs, ou seja, com independência funcional e, durante a hospitalização, evoluíram para o declínio na execução de algumas dessas atividades. Essa percepção, segundo os autores, justifica-se, parcialmente, pelas condições físicas decorrentes do agravamento de doenças, mas também pela própria hospitalização.

A dependência funcional representa um desafio, não somente porque os idosos tornam-se dependentes de outra pessoa e há um custo maior para o atendimento de suas demandas de saúde, mas também porque muitos são responsáveis financeiramente por suas famílias. Nessa perspectiva, medidas voltadas à manutenção e à recuperação da independência funcional e autonomia terão que revolucionar os modelos de cuidado, enfatizando a reabilitação do idoso e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar (CHAIMOWICS; CAMARGO, 2013).

2.1.2 O papel das políticas públicas na atenção à capacidade funcional da pessoa idosa

De acordo com Veras *et al.* (2013), a magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa será determinante para o futuro, pois, ou os anos acrescidos serão

vivididos com saúde ou com doenças e dependência. Desse modo, qualquer política destinada às pessoas idosas deverá considerar a promoção do bem-estar, manutenção da capacidade funcional, prevenção de doenças e recuperação da saúde. Nesta perspectiva, no ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1996 (Lei nº 8.842/1994/Decreto nº 32 1.948/1996), assegurando os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, com foco na manutenção da capacidade funcional dos idosos. No ano de 2002 é proposta, pela Portaria nº 702 do Ministério da Saúde, a organização e implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

No ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), ampliando a resposta da sociedade e do Estado às necessidades da população idosa (BRASIL, 2003). Em seu artigo 15, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Em 2006, por meio da Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja finalidade fundamental é:

[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASILa, 2006, p. 03).

Diferentes instrumentos legais também tiveram destaque para a efetivação de ações voltadas à população idosa. Entre eles está a publicação da Portaria 399/GM em 2006, que estabeleceu as diretrizes do Pacto pela Saúde e contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas governamentais, buscando contribuir para a visualização da pessoa idosa como um ser que necessita de atenção pelo Estado. Uma das ações estratégicas para a saúde da pessoa idosa é a avaliação diferenciada na internação, onde a avaliação geriátrica ganha relevância (BRASIL, 2006b). Outra ação voltada para a população idosa,

concebida pela Organização Mundial da Saúde, é o “Envelhecimento Ativo”. Nesse documento, o envelhecimento ativo é definido como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13). A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não simplesmente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela OMS em 2015, as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento são urgentes e devem ser viabilizadas em todos os cenários, independente de questões de desenvolvimento socioeconômico. Este relatório descreve um quadro de saúde construído sobre o conceito de envelhecimento saudável, que muito mais que a ausência de doença, prevê a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa.

2.1.3 Instrumentos de avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa

Com a relevância da autonomia e independência para a qualidade de vida do idoso, considera-se que as ações voltadas para a manutenção e recuperação da capacidade funcional devem estar centradas na manutenção da autonomia e o máximo de independência possível, em última análise, na melhora da qualidade de vida. Isso só poderá ser obtido por meio de uma avaliação gerontológica abrangente, que tem a finalidade de atuar sobre o desempenho físico, psíquico (cognitivo e afetivo) e social (PAPALÉO NETTO, 2016).

Assim, a denominada avaliação funcional torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários à manutenção da independência e autonomia das pessoas idosas. A avaliação funcional busca averiguar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (BRASIL, 2006c). O desempenho das atividades de vida diária é considerado um parâmetro aceito e legítimo para firmar essa avaliação

(CHAIMOWICS; CAMARGO, 2013). Os instrumentos de aferição para a triagem de domínios funcionais ou o rastreamento de perda cognitiva são muito utilizados na avaliação de indivíduos idosos, principalmente aqueles destinados a identificar os que são suspeitos de fragilização. A observação de como o idoso se comporta no dia a dia nas tarefas de autocuidado e de relacionamento com a sociedade nos dá uma ideia bastante clara das consequências do envelhecimento e das doenças sobre o organismo (LOURENÇO; PARADELA, 2013).

As atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais necessárias para realizá-lo: tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência e capacidade de alimentar-se. Essas atividades foram denominadas ABVD. Quando o idoso apresenta dificuldades na realização destas atividades, necessitando de um cuidador para efetivá-las, identifica-se um comprometimento severo de sua capacidade funcional (KATZ; CHINN, 1959; KATZ *et al.* 1963; FREITAS; MIRANDA, 2013).

Entre os instrumentos para avaliação das ABVD está a Escala de Katz, a qual encontra-se incluída na maioria das avaliações multidimensionais e tem mostrado sua validade nos quase 40 anos em que tem sido utilizada dada sua facilidade de aplicação e compreensão, tanto para o idoso quanto para o profissional que a utiliza. Sua elaboração é baseada na conclusão de que a perda funcional segue um padrão igual de declínio, isto é, primeiro se perde a capacidade de banhar-se, seguida pela incapacidade de vestir-se, transferir-se e alimentar-se e, quando há recuperação, ela ocorre em ordem inversa. Elaborada em 1963 por Sidney Katz, no Brasil, foi adaptada transculturalmente por Lino *et al.* (2008), mostrando-se um instrumento confiável e de consistência interna. Entretanto, a Escala de Katz tem a grande limitação de não avaliar a deambulação (LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013; FREITAS; MIRANDA, 2013).

O formulário de avaliação dos resultados obtidos por meio da aplicação da escala de Katz possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente. A escala original publicada é um índice classificatório de independência em subgrupos, de acordo com o desempenho do paciente nas funções avaliadas, não apresentando qualquer tipo de escore ou ponto de corte (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Na versão brasileira adaptada, Lino *et al.* (2008) sustentaram a pontuação da versão modificada de Katz e Akpom (1976), na qual a

classificação da escala se dá pelo número de funções nas quais o indivíduo avaliado é dependente. Nesta escala a classificação varia de 0 a 6 e, quanto maior a classificação, pior é o desempenho nas funções. Assim, definiram como ponto de corte igual a 3, onde o idoso é dependente em 3 atividades e independente em 3 atividades e as outras classificações são: 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções (LINO *et al.*, 2008; KATZ; AKPOM, 1976).

Outra escala muito utilizada na avaliação das ABVD é a Escala de Barthel, formulada originalmente por Mahoney e Barthel (1965) para avaliação de pacientes vítimas de acidente vascular cerebral, mas que mostrou-se eficiente na avaliação de idosos em geral. Na Escala também denominada Índice ou Index de Barthel, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Esta escala avalia dez funções: tomar banho, vestir-se, promover higiene, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, manter continências fecal e urinária, capacidade para alimentar-se, deambular e subir e descer escadas. A escala de Barthel permite uma gradação mais ampla na classificação da dependência quando comparada com a Escala de Katz, indo desde a dependência total (0 ponto) a independência máxima (100 pontos). Em 2007, Minosso *et al.* submeteram o instrumento ao processo de adaptação transcultural (MINOSSO *et al.*, 2010; FREITAS; MIRANDA, 2013; LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013).

Já Lawton e Brody (1969) estabeleceram que as AIVD são tarefas de maior complexidade, que geram independência para viver em comunidade, constituindo-se em: uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalhos domésticos, uso de medicação e manejo do dinheiro. Dificuldades para a execução destas tarefas são consideradas um comprometimento moderado de capacidade funcional. A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária elaborada por Lawton e Brody apresenta uma pontuação que varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação. Os escores variam de 9 pontos a 27 pontos e, quanto maior o escore, melhor o desempenho nas funções. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo,

podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar dos jardins. Existem três opções de resposta: sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue. Sua aplicação pode ser feita tanto quantitativa quanto qualitativamente, e poderá detectar ou prever instalações de deficiência que favoreçam a intervenção preventiva ou o retardamento das incapacidades (TRINDADE *et al.*, 2013). Quantitativamente a pessoa idosa pode ser classificada como dependente (9 pontos), semidependente (10 a 18 pontos) e independente (19 a 27 pontos) (LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013; PALUMBO; DAUSSY, 2011). Santos e Virtuoso Júnior (2008) em seu artigo de validação para a versão brasileira da Escala de Lawton e Brody, revelaram índices psicométricos satisfatórios na estabilidade das medidas (reprodutibilidade/objetividade).

Existem ainda alguns autores que não fazem distinção entre as atividades básicas e instrumentais, como é o caso do questionário do *Brazilian Old Age Schedule* (BOAS) desenvolvido para estudos multidimensionais com a população idosa. A primeira parte da seção VI compreende um total de quinze itens que, juntos, indicam graus relativos de autonomia funcional na execução das atividades do dia a dia. Já o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) desenvolvido em 1978 por James F. Fries (1980), na Universidade de Stanford, consiste de vinte questões divididas em oito domínios que avaliam as atividades da vida diária. Foi desenvolvido como ferramenta para mensurar o impacto da artrite reumatóide nas funções do dia a dia dos pacientes. Na mesma linha de avaliação, ainda encontram-se medidas relacionadas à mobilidade, como o teste de caminhada de seis minutos, o qual também pode ser indicador de incapacidade funcional para idosos (PAULA, 2010).

Estudo de Trindade (2013) com o objetivo de analisar o declínio da cognição e o seu impacto nas habilidades funcionais de pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas concluiu que as pessoas institucionalizadas apresentam menor desempenho cognitivo, que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão, em relação as demais que vivem na sociedade e participam de alguma atividade física. Nesse sentido, a avaliação cognitiva também é importante no que se refere à capacidade funcional, uma vez que o comprometimento cognitivo pode repercutir negativamente na capacidade funcional da pessoa idosa. Diversos instrumentos foram desenvolvidos durante os últimos anos com o objetivo de auxiliar na investigação

de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como as pessoas idosas. Entre os mais utilizados estão o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Mini-Cog.

O MEEM foi elaborado por Folstein *et al.*, em 1975 para avaliação de rastreio cognitivo em pacientes psiquiátricos. O tempo de aplicação varia entre 10 e 20min. Possui dezenove itens distribuídos pelos seguintes domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem. Sofre influência da escolaridade. Para minimizar esse problema, diferentes pontos de corte foram propostos por diversos autores. Na versão de Lourenço (2005), os pontos de corte são: 18/19, para analfabetos e 23/24 para indivíduos com mais de 1 ano de escolaridade (LOURENÇO; PEREZ; SANCHES, 2013).

No Mini Cog primeiramente é avaliada a memória de evocação utilizando-se três palavras que a pessoa idosa deverá recordar após desenhar um relógio que, por sua vez, funcionará como um fator de distração. Cada palavra evocada vale um ponto. O desenho correto do relógio vale dois pontos, sendo o escore total: 5 pontos. São considerados resultados normais de 3 a 5 pontos e anormais de 0 a 2 pontos (BORSON *et al.*, 2000).

Em estudo comparativo dos dois instrumentos, Milian *et al.* (2012) concluíram que o Mini-Cog provou ter poder discriminatório superior ao MEEM, demonstrando que é um instrumento de rastreio cognitivo "curto" válido (leva 3 a 4 minutos para ser realizado) e sofre menor influência do grau de instrução do sujeito ao qual é aplicado.

2.2 Protocolos assistenciais: aplicação no cuidado de enfermagem

Neste tópico, serão apresentados conceitos relativos aos protocolos assistenciais e sua utilização na prática de enfermagem como uma forma de tecnologia de cuidado, bem como, serão abordados os fundamentos para a elaboração destes instrumentos.

2.2.1 Protocolos assistenciais: uma tecnologia aplicada ao cuidado

No documento Enfermagem Gerontológica: conceitos para a prática (1993), a Organização Pan-Americana de Saúde define a enfermagem gerontológica como um serviço de saúde que incorpora conhecimentos de enfermagem especializados sobre o processo de envelhecimento, a fim de aumentar as condutas saudáveis e diminuir as

perdas e limitações de saúde relacionadas à pessoa idosa. Com o aumento da expectativa de vida, torna-se um desafio, instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa (LEMES; BACHION, 2016).

A implementação do Processo de Enfermagem e a elaboração de protocolos assistenciais que auxiliem na organização das ações no processo de trabalho em enfermagem constituem-se métodos que atendem essa proposta. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desponta com o objetivo de propor um modelo de assistência integral, contínuo, participativo, individualizado, documentado e validado, tendo o paciente como sujeito central do cuidado. O Processo de Enfermagem (PE) é parte integrante da SAE e pode ser definido como aplicação prática de um instrumento metodológico para organizar a assistência aos pacientes. É utilizado para favorecer o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que este aconteça dentro de parâmetros específicos e baseado em conhecimento clínico metodológico (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera o PE um instrumento metodológico que deve ser implantado em instituições de saúde pública e privada, a fim de orientar o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem foram padronizados internacionalmente pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e proporcionam aos enfermeiros uma linguagem comum, permitindo identificar as necessidades do paciente. Trata-se de um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Eles proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012; CESTARI *et al.*, 2015). Na representação dos conhecimentos da ciência da

enfermagem, a taxonomia oferece uma estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos. Usando a terminologia da NANDA (os próprios diagnósticos), os enfermeiros conseguem se comunicar entre si e com profissionais de outras disciplinas de atendimento de saúde sobre “aquilo que” torna singular a enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O resultado de enfermagem refere-se a comportamento ou percepção mensurável, demonstrado por indivíduo, família, grupo ou comunidade, que responde à intervenção de enfermagem. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. Define-se uma intervenção como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC) é uma taxonomia de intervenções abrangente e baseada em evidências, que os enfermeiros realizam em vários locais de atendimento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os protocolos são recomendações estruturadas com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde e/ou usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas. Tais recomendações devem ter por base evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade destes (CATUNDA *et al.*, 2017; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013). São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços (WERNECK, 2009).

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, às ações preventivas, promocionais e educativas. Já os protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009).

Protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas (WERNECK, 2009). Desta forma, podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados (PIMENTA *et al.*, 2015). Trata-se de uma das formas de utilizar a pesquisa na prática assistencial e pode ser considerado como um dos tipos de tecnologia existentes na área da saúde (BESSA, 2012).

Merhy (2000) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias leves: são as tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização dos indivíduos; tecnologias leve-duras: consideradas as tecnologias-saberes, representados pelas disciplinas que operam o processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, e outras; e, as tecnologias duras: que são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. A importância que cada uma alcança depende de sua relação com o problema e a saúde do usuário e como esta for utilizada para solucionar a necessidade de saúde. De acordo com o exposto, os protocolos assistenciais de enfermagem e o processo de enfermagem podem ser classificados como tecnologia leve-duras, pois, envolvem todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado (BESSA, 2012; THOFEHRN *et al.*, 2014).

De acordo com Pimenta *et al.* (2015), os protocolos são instrumentos legais, assim, dentro dos pressupostos relacionados à sua elaboração e utilização, estão a legislação apresentada a seguir:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, naquilo que diz respeito a ser integrante da equipe de Saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que

regulamenta a profissão. A Lei determina como ação privativa do Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e, neste contexto, a prescrição da assistência de enfermagem visando à garantia da integralidade/qualidade do cuidado.

- Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem como atividade privativa do Enfermeiro. Esta Resolução prevê, no seu artigo 1º, que a consulta de enfermagem deverá ser desenvolvida durante a assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituição pública ou privada, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O objetivo da Consulta de Enfermagem é a identificação de necessidades de saúde e cuidado, planejamento e implementação de assistência, sendo essas ações embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis, descrita em Protocolos e Normativas institucionais.

- Resolução COFEN nº 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por Enfermeiros. Esta Resolução complementa a Resolução COFEN nº 159/93, estabelecendo que “para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo; e que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)”.

- Resolução COFEN nº 358/2009, que estabelece no artigo 1º “O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”, e no artigo 3º, que “O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”. Essa Resolução amplia os conceitos de Consulta e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerados como forma de organização do trabalho profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde.

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, prevendo a elaboração de protocolos e procedimentos, entre outros, pelas instituições.

- Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Em seu artigo 19, inciso II, adota a seguinte definição para protocolo clínico e diretriz terapêutica: “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos [...]”. Embora essa Lei refira-se a protocolo clínico de modo restrito ao diagnóstico e tratamento medicamentoso da doença, sob a ótica médica, é preciso ampliá-la, pois o uso de protocolos deve embasar o trabalho de todos os profissionais da saúde, entre eles, os de enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2015, p.16).

É crescente a utilização da metodologia de elaboração de protocolos nas pesquisas na área da enfermagem, fato este que demonstra a aceitação e reconhecimento da importância dessa abordagem (CATUNDA *et al.*, 2017). Oliveira *et al.* (2016),

elaboraram um protocolo com o objetivo de subsidiar os cuidados de enfermagem com portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. A partir deste, concluíram que os protocolos são importantes recursos para instrumentalizar as orientações e cuidados prestados pelos enfermeiros, subsidiando a sistematização da assistência de enfermagem prestada. Paes *et al.* (2014) formularam um protocolo de enfermagem voltado para a assistência a pacientes em situações de distúrbio respiratório agudo. Para os autores, o protocolo em tela contribuiu para a melhor avaliação das necessidades de assistência ao cliente por meio da identificação das prioridades/etapas elencadas. Santos *et al.* (2010) propuseram um protocolo de assistência de enfermagem sistematizada voltado ao paciente idoso internado no centro de terapia intensiva. Segundo o estudo, a instituição de protocolos dessa natureza pode contribuir na redução do tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, na queda dos custos da assistência prestada.

Santos, Oliveira e Feijão (2016) descreveram em seu trabalho o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em unidades de terapia intensiva e concluíram ser este um instrumento válido em conteúdo e com potencial de aplicabilidade na prática clínica, assegurando uma assistência mais humana e de qualidade. Melo *et al.* (2016) desenvolveram e validaram um protocolo assistencial para os cuidados de enfermagem em sala de pré-parto, parto e pós-parto. Bessa (2012) elaborou um protocolo de intervenções de enfermagem para idosos em risco de fragilidade direcionado para os enfermeiros atuantes na atenção básica, realizando também a validação do conteúdo deste junto a especialistas. Neste trabalho, considerou que o protocolo desenvolvido poderá trazer implicações positivas para prática clínica de enfermagem gerontológica, uma vez que permite ao enfermeiro atuar utilizando os princípios da SAE com maior autonomia profissional. Contudo, é importante a discussão sobre como os protocolos vem sendo apresentados e desenvolvidos para que fiquem claros seus percursos metodológicos e assim seja assegurada a qualidade dos mesmos (CATUNDA *et al.*, 2017).

Frente ao exposto, ainda que o cuidar em enfermagem seja pautado na promoção à vida, conforto, diálogo e no potencial individual de cada sujeito, faz-se necessário construir eixos teóricos e práticos, a fim de qualificar essa assistência (PESSOA JÚNIOR; NÓBREGA; MIRANDA, 2012). Isto posto, a elaboração e a implementação de protocolos atendem essa perspectiva, uma vez que se trata de uma ferramenta de apoio

teórico-prático, favorecendo o planejamento do cuidado e, conseqüentemente, corroborando a qualidade da assistência individual e coletiva (PAES *et al.*, 2014).

2.2.2 Fundamentos para a elaboração de protocolos assistenciais

No estudo de Catunda *et al.* (2017) foi constatada uma diversidade no modo de desenvolver protocolos, porém, tal diversidade não pode interferir na qualidade dos mesmos. Apesar das variações nos métodos utilizados para elaboração de protocolos, há etapas comuns, principalmente a revisão da literatura científica e a validação por juízes especialistas na temática do protocolo.

Ribeiro (2010) realizou uma busca na literatura com intuito de encontrar a metodologia mais adequada para a elaboração de protocolos. Entretanto deparou-se com a não uniformidade das mesmas e a existência de algumas que não contavam com o devido amparo científico e validação. Assim, imerso nos resultados de suas buscas por respostas na literatura nacional e internacional, o autor elencou passos para o desenvolvimento de protocolos e indicou opções de instrumentos que garantam a avaliação da qualidade destes. De acordo com o Ribeiro, o processo de desenvolvimento de diretriz/protocolo deve seguir oito pontos importantes: (1) refinar os tópicos/questões; (2) realizar uma revisão sistemática; (3) elaborar recomendações para diversos cenários; (4) programar a atualização da diretriz/protocolo; (5) revisão por especialistas, organizações e profissionais; (6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; (7) aprovação do texto; (8) implantação.

(1) Refinar os tópicos/questões

Trata-se de definir o objetivo geral e específicos do protocolo em questão, bem como estabelecer se o protocolo a ser elaborado terá ações de recuperação, reabilitação, promoção ou prevenção da saúde. As ações propostas, direcionadas a esses objetivos, buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos condicionantes e determinantes dos problemas a serem enfrentados, bem como deverão considerar a magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos dos mesmos (WERNECK, 2009).

(2) Realizar uma revisão sistemática

Uma das primeiras revisões de que se tem registro data de 1753, realizada por Sir James Lind sobre a prevenção e o tratamento do escorbuto. As revisões consideradas como sistemáticas surgiram na década de 1950. No entanto, o desenvolvimento metodológico dessas pesquisas na área da saúde só se consolidou ao fim da década de 1980. Foram marcos nesse processo a publicação do livro *Effective care during pregnancy and childbirth* e, na década seguinte, a criação da Colaboração *Cochrane*, em Oxford, Reino Unido (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

As revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários (artigos científicos) sua fonte de dados. Quando se verifica que os estudos primários incluídos em revisão sistemática seguem procedimentos homogêneos, os seus resultados são combinados, utilizando-se técnicas de metanálise. Os métodos para elaboração de revisões sistemáticas preveem: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados (PIMENTA *et al.*, 2015; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

(3) Elaborar recomendações para diversos cenários

De acordo com o documento *Global Programme on Evidence for Health Policy* da OMS (2003), nesta etapa identifica-se qualquer compensação entre o custo da aplicação das recomendações sobre uma base populacional e os impactos na saúde da população. Isso permite, àquele a quem compete a tomada de decisão, possa fazer recomendações como parte integrante do processo de localização

(4) Programar a atualização da diretriz/protocolo

As diretrizes não devem ser recomendações fechadas, elas devem estar em constante revisão, uma vez que são baseadas nas evidências daquele momento em que o protocolo fora elaborado. A constância na revisão e atualização dos protocolos permite ao grupo que o está aplicando, a percepção de sua eficácia, a identificação precoce de problemas na sua utilização, assim como a adequação do mesmo (BESSA, 2012).

(5) Revisão por especialistas, organizações e profissionais

Conforme Catunda *et al.* (2017), no processo de validação de tecnologias como os protocolos, a qualificação e o número de juízes que farão a avaliação do instrumento não é consenso. Sabe-se que deve ser levado em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação, seja esta relacionada à experiência clínica, à pesquisa e produção de conhecimento na temática e o conhecimento quanto a estrutura conceitual e metodológica do processo de construção de tecnologias, além de disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Ainda quanto à análise do processo de validação, Catunda *et al.* (2017) destacam em seu estudo a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir:

0 = item dispensável no protocolo ou indisponível não relevante ou não representativo;

1 = informação pouco relevante para a temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante;

2 = quando não tiver opinião formada sobre o assunto, neste caso deve-se omitir a justificativa;

3 = informação relevante mas confusa; e,

4 = informação extremamente relevante e indispensável no protocolo.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

(6) Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação

Dentre os instrumentos mais confiáveis, testados e recomendados para avaliação dos protocolos, encontram-se o AGREE, o *checklist*, elaborado pela OMS e outro elaborado pela Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde – *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) / National Guideline Clearinghouse (NGC)*

(RIBEIRO, 2010; CATUNDA *et al.*, 2017). O Instrumento AGREE, um dos mais utilizados, foi desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. É uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida, seu objetivo é fornecer uma estrutura para: avaliar a qualidade de diretrizes clínicas; fornecer uma estratégia metodológica para o desenvolvimento de diretrizes clínicas; e informar quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas. O instrumento é composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios seguido por dois itens de classificação global ("avaliação global"). Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

(7) Aprovação do texto

Após o consenso dos especialistas, é necessário complementar a tecnologia para posterior submissão a um grupo diretivo para aprovação (BESSA, 2012).

(8) Implantação

A OMS (2003) elaborou uma lista de 24 itens que devem ser contemplados na elaboração de protocolos/diretrizes clínicas. O último item diz respeito ao plano de implantação. Um adequado plano de implantação deve prever a adaptação local do instrumento, a existência de recursos financeiros para a adequada disseminação da proposta (realização de treinamentos, capacitações, seminários...) e, finalmente, os critérios para a monitorização do uso nos locais para os quais é destinado.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, será apresentado o caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento deste trabalho. A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos distintos: *momento 1*, um estudo de campo, descritivo, de corte longitudinal prospectivo e abordagem quantitativa; e *momento 2*, um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa

No *momento 1*, foi avaliada a capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas na admissão (dentro das primeiras 24 horas) após decorridos 5 dias e finalmente na alta hospitalar, por meio de um instrumento de avaliação sociodemográfico, econômico e clínico, da aplicação das escalas de Barthel para a avaliação das atividades básicas de vida diária, de Lawton e Brody para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária e do Mini Cog para a avaliação cognitiva.

No *momento 2*, foi elaborado e validado quanto ao conteúdo um protocolo assistencial de enfermagem voltado à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada com base nas orientações acerca do processo de desenvolvimento segundo Ribeiro (2010).

Ressalta-se que a realização do presente estudo em dois momentos foi de encontro aos objetivos do mesmo, uma vez que, coexistia o propósito de avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada com o de propor uma intervenção de enfermagem neste contexto. Tais momentos serão detalhados nos tópicos a seguir.

3.1 Momento 1: avaliação da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas

Estudo de campo, descritivo, de corte longitudinal prospectivo e abordagem quantitativa. Quanto a utilização do estudo de campo, justifica-se por este consistir na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente; o pesquisador tem por objetivo conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual procura-se uma resposta, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (PRODANOV, 2013).

Quanto aos objetivos da pesquisa, esta caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, pois, tal como o nome sugere, tem por característica descrever a realidade, as

características de determinada população ou fenômeno, considerando que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados a partir de instrumentos e observação sistemática (ARAGÃO, 2011).

O delineamento longitudinal se refere àquele em que o pesquisador coleta dados em mais de um ponto temporal ao longo de certo período. Tal modelo é particularmente útil para estudar mudanças dos fenômenos ao longo do tempo, uma vez que, as mesmas pessoas, fornecem dados em dois ou mais pontos temporais (CRESWELL, 2010)

A abordagem quantitativa pressupõe que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.) (PRODANOV, 2013). Assim, quantifica os dados generalizando os resultados da amostra para os interessados, possui alcance abrangente, permitindo um conhecimento pragmático efetivo e facilidade de estruturar os dados em tabelas (MATTAR, 2014).

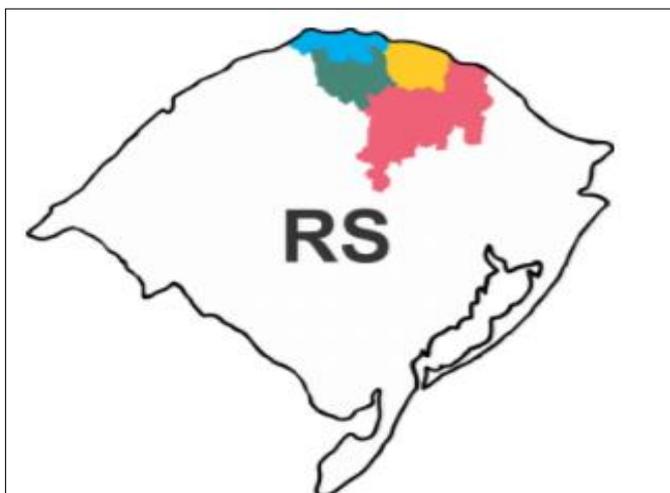
3.1.1 Campo de estudo

O campo para a coleta de dados nesta primeira etapa do estudo foram as unidades de internação do Hospital da Cidade de Passo Fundo. A cidade de Passo Fundo, localizada na região norte do Rio Grande do Sul, destaca-se pela representatividade na área da saúde. O município abriga um sistema de alta complexidade que cobre internações, diagnósticos, tratamentos oncológicos e cardioneurovasculares, transplantes e banco de tecidos. O sistema de saúde atende a uma macrorregião composta por municípios dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, e ainda das regiões Sudeste e Centro-Oeste do país (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO, 2019).

No decorrer da etapa da coleta de dados (novembro-dezembro de 2018), houve a alteração do nome do campo de estudo para Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Uma das razões que levou a mudança de nome era a confusão que se fazia com hospitais municipais na hora de buscar recursos em órgãos públicos. O HCPF é a mais antiga instituição médico-hospitalar do município de Passo Fundo com 104 anos de história. Fundado em julho de 1914 por Antonino Xavier e Oliveira, juntamente com o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, forma um dos maiores complexos hospitalares

do Estado. É referência macrorregional norte do Estado do Rio Grande do Sul para o SUS, compreendendo os municípios da 6^o, 11^o, 15^o e 19^o Coordenadorias Regionais de Saúde, respectivamente das cidades de Passo Fundo, Erechim, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, além dos municípios do oeste de Santa Catarina, compreendendo cerca de 425 municípios. Abrange uma população de aproximadamente 1.158.000 de habitantes, é referência para atendimento de procedimento de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e Hemodinâmica (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO, 2019).

FIGURA 2 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HCPF



Fonte: Hospital de Clínicas de Passo Fundo, 2019.

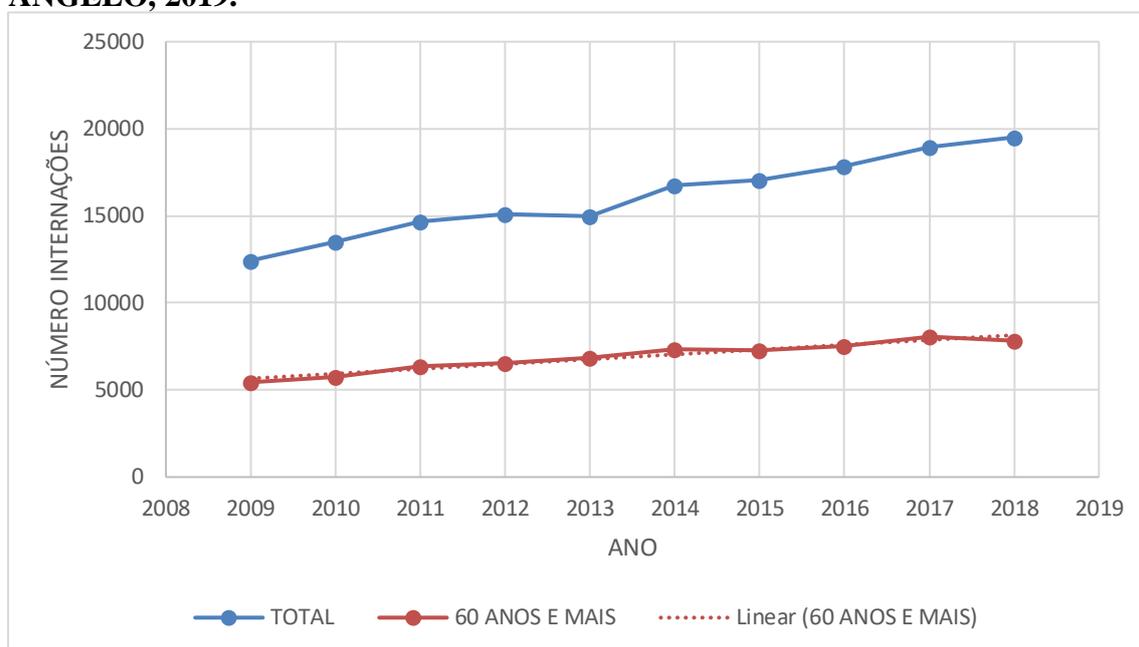
Em 2018, o HCPF internou 19.511 pacientes em seus 428 leitos, mantendo mais de 70% de sua capacidade instalada para atendimento de pacientes provenientes do SUS, certificando-o como Entidade de Fins Filantrópicos, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Para atender tal demanda (dados de abril de 2014), conta com 1496 colaboradores. É qualificado pelo Ministério da Saúde como Hospital Geral Macrorregional. No ano de 2005 os Ministérios da Saúde e da Educação conferiram ao HCPF o título de Hospital Auxiliar de Ensino-qualificação, designação dada aos hospitais que mantêm Residência Médica e estágios curriculares em diversas áreas da saúde.

O HCPF possui programas de ensino e pesquisa, sendo campo de estágios em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Entre os programas estão o de residência médica nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, psiquiatria e cancerologia clínica, obstetrícia e ginecologia, neurocirurgia,

ortopedia e traumatologia, gastroenterologia, radiologia e diagnóstico por imagem, além do programa de residência multidisciplinar nas áreas de cardiologia, atenção ao câncer e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. O HCPF também mantém um curso técnico de enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO, 2019).

Entre os anos de 2008 e 2018, o grupo correspondente às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, manteve média de internação de 43% no HCPF (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1- NÚMERO DE INTERNAÇÕES TOTAL E DE PESSOAS COM IDADE IGUAL E SUPERIOR A 60 ANOS NO HCPF 2008-2018. SANTO ÂNGELO, 2019.



Fonte: elaborado pela autora, dados do Sistema de Gerenciamento de Internações/MV HCPF.

3.1.2 Participantes do estudo

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (ANEXO 1), mediante autorização prévia do HCPF (ANEXO 2). A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, que é bastante usual e consiste em selecionar uma amostra da população que esteja exequível. Isto é, os indivíduos participantes da pesquisa foram selecionados por estarem disponíveis, não sendo selecionados por meio de um critério estatístico (GUIMARÃES, 2012).

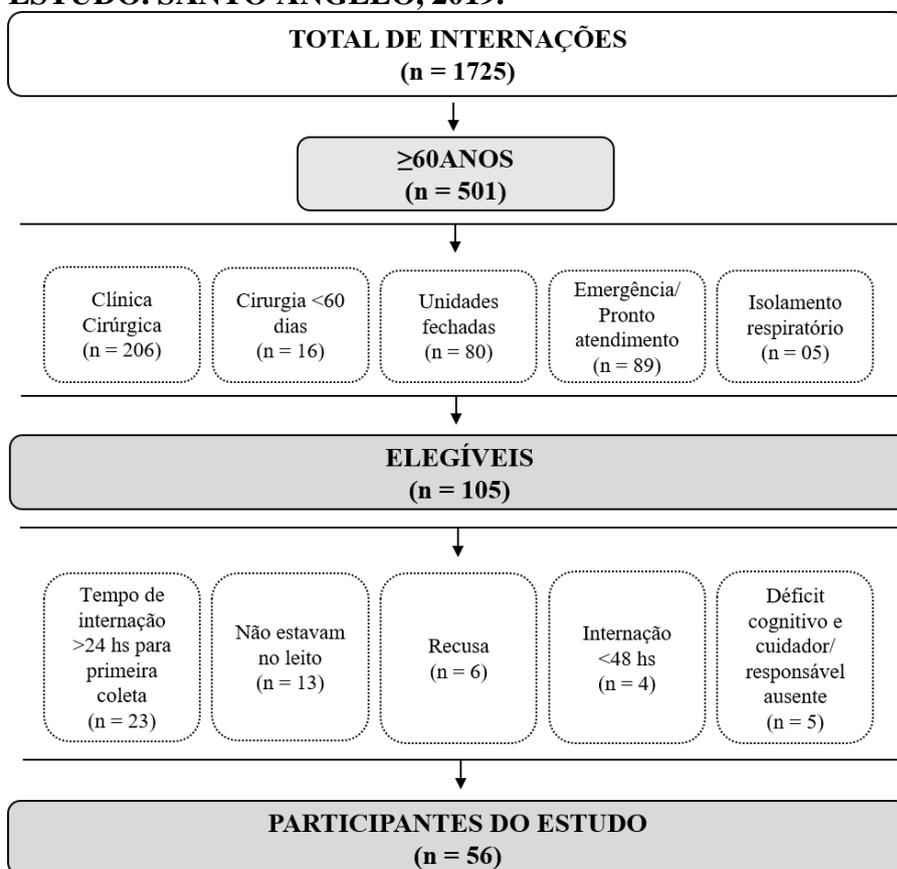
Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram: ser idoso (60 anos e mais), estar hospitalizado em uma das unidades de internação do HCPF em um período não superior à 24 horas para a realização da primeira coleta, ter como causa da internação condições clínicas e apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal ou contar com cuidador responsável.

Foram excluídos do estudo aqueles que não se adequaram aos critérios anteriormente estabelecidos, as pessoas idosas com tempo de internação menor que 48 horas, internadas com história de cirurgia pregressa recente (últimos 60 dias - tendo em vista a possibilidade de limitação funcional decorrente do ato cirúrgico), internados para procedimentos cirúrgicos, pacientes em isolamento respiratório, pacientes internados em unidades fechadas (Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Dor Torácica e Hemodinâmica), pacientes internados no Pronto Atendimento, Emergência e Unidade 3 (Posto 3), uma vez que a estrutura dos locais não fornecera condições de privacidade para a coleta das informações do paciente e, finalmente aqueles que não foram encontrados nos leitos após 3 tentativas da pesquisadora (seja por estarem deambulando ou por estarem realizando procedimentos/exames).

Foi condição para a participação neste estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pessoa idosa ou cuidador responsável.

A partir da aplicação dos critérios mencionados, a amostra final do estudo contou com a participação de 56 pessoas idosas hospitalizadas nas unidades de internação do HCPF (FIGURA 3).

FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO DA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. SANTO ÂNGELO, 2019.



Fonte: elaborado pela autora.

3.1.3 Coleta de dados e instrumentos de coleta de dados

Ao longo dos meses de novembro e dezembro de 2018, a pesquisadora visitou diariamente o HCPF a fim de identificar os usuários internados que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para isso, recebeu uma senha de acesso do departamento de informática da instituição e, na biblioteca do HCPF, realizava o acesso ao Sistema MV, software adotado para a gestão de informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas.

Posteriormente, a pesquisadora procedia acesso ao subsistema PARI (Sistema de Gerenciamento de Internação) identificando todos os pacientes com idade igual e superior a 60 anos que foram admitidos nas unidades de internação do HCPF. A partir do número do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) a pesquisadora realizava o acesso ao subsistema PAGU (Sistema de Gerenciamento de Unidade) com o intuito de identificar se o paciente adequava-se aos seguintes critérios: estar internado dentro do período de 24

horas para a realização da primeira coleta, encontrar-se em uma unidade de internação aberta, apresentar diagnóstico médico relativo às condições clínicas e não ter sido submetido a procedimentos cirúrgicos nos últimos 60 dias.

Após identificados e confirmados estes critérios para inclusão no estudo, a pesquisadora deslocava-se até os leitos dos pacientes para a realização do convite de participação na pesquisa às pessoas idosas que apresentavam capacidade de compreensão e de comunicação verbal ou ao cuidador responsável. Ressalta-se que os participantes foram informados quanto à voluntariedade da participação na pesquisa e a garantia de anonimato e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

A pesquisadora realizou as coletas de segunda à sexta-feira, preferencialmente nos turnos da tarde e noite. Nos finais de semana, as visitas eram realizadas durante a noite a fim de preservar o momento de encontro entre os familiares e participantes. A coleta dos dados diária tinha a duração média de 6 horas, tendo em vista a necessidade de se obter as informações junto aos participantes, bem como junto ao sistema informatizado. As informações obtidas junto aos participantes ocorreram nos seus quartos ou em áreas de uso comum (salas de estar) disponíveis em algumas unidades, sempre observando as questões relativas à privacidade e conforto do paciente. A duração média dos encontros foi de 35 minutos. O primeiro contato demandava um tempo maior haja vista a apresentação da pesquisadora, apresentação do estudo e questões éticas, coleta dos dados sócio demográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, além dos relativos à funcionalidade. No total, a pesquisadora realizou 133 visitas ao grupo de participantes com uma média de 2,4 visitas por participante.

O instrumento para coleta de dados nesta etapa do estudo fora constituído além dos questionamentos relativos aos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, pelas escalas de Barthel, escala de Lawton e Brody e pelo Mini Cog (APÊNDICE B). Os dados sociodemográficos e econômicos do idoso foram coletados no primeiro contato da pesquisadora com o participante. Os dados clínicos foram coletados no primeiro contato e nos demais por meio do prontuário eletrônico do paciente, o qual a pesquisadora tinha acesso por meio do subsistema PAGU, uma vez que, os dados relativos ao tratamento poderiam ter sofrido alguma alteração ao longo da internação hospitalar.

A escala de Barthel, foi utilizada para avaliação da capacidade funcional relacionada às ABVD. Sua aplicação se deu no dia da inclusão do participante no estudo,

no qual foram coletadas informações sobre dois momentos: Momento 0 (M_0) – informações quanto às ABVD referidas de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (M_1) – informações quanto às ABVD na ocasião da internação. Após, a escala foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação ($M_{2,3...}$) e na alta hospitalar (Momento final da avaliação de funcionalidade - M_F). A escala de Barthel foi aplicada junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa. Este instrumento é composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Seu escore é obtido por meio da soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 100 pontos. Optou-se por este instrumento para a avaliação das ABVD por ser este um dos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional em pessoas idosas, apresentar a avaliação do item deambulação e demonstrar confiabilidade inter examinadores (0,95) e confiabilidade teste-reteste (0,89), assim como fortes correlações (0,74 a 0,80) com outras medidas de incapacidade (LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013).

O período retrospectivo de 15 dias da admissão hospitalar (M_0) foi estabelecido tendo em vista a necessidade da pesquisadora de avaliar o nível basal de funcionalidade da pessoa idosa, questionando os participantes sobre como era o estado funcional antes da internação. Tal avaliação, fora da mesma forma realizada em outros estudos como os de Mudge, O'Rourke e Denaro (2010), Palleschi *et al.* (2011) e Zaslavsky, Zisberg e Shadmi (2015).

A escala de Lawton e Brody foi utilizada para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Da mesma forma que a escala de Barthel, sua aplicação se deu no dia da inclusão do participante no estudo, junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa. As informações referiram-se a dois momentos: Momento 0 (M_0) – informações quanto a execução de AIVD referida de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (M_1) – informações quanto a realização de AIVD na ocasião da internação e na alta hospitalar (Momento final da avaliação das AIVD - M_F). A escala de Lawton e Brody não foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação, uma vez que as atividades compreendem aquelas realizadas pela pessoa idosa em casa ou na comunidade

e que, frequentemente, exigem interações mais complexas que as ABVD. Assim, foram consideradas as atividades que a pessoa idosa sentia-se capaz de realizar 15 dias antes da internação, na internação e no momento da alta hospitalar. Essa escala atinge uma pontuação máxima de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência. Em algumas circunstâncias, deve ser relevada a incapacidade de uma pessoa realizar tarefas para as quais não tenha habilidade, como cozinhar, por exemplo, prejudicando a análise de sua independência (FREITAS; MIRANDA, 2013).

Para a avaliação cognitiva das pessoas idosas foi utilizado o Mini Cog. Sua aplicação se deu na internação, a cada cinco dias decorridos da internação e na alta hospitalar. Trata-se de um teste de rastreio cognitivo muito rápido, seu tempo de aplicação é de três minutos. O teste consiste em avaliar a memória de evocação utilizando uma lista de três palavras que o idoso deverá ser capaz de se lembrar após desenhar um relógio que, por sua vez, funciona como um distrator. Cada palavra evocada vale um ponto. O desenho correto do relógio vale dois pontos. O escore total é 5. Resultados normais estão dentro da escala de 3 a 5 e resultados anormais dentro da escala de 0 a 2 (LOURENÇO; PEREZ; SANCHEZ, 2013).

3.1.4 Análise e interpretação dos dados

A análise dos dados, consiste em um processo em que se ordena, se estrutura e se dá significado aos mesmos, transformando-os em conclusões úteis e credíveis, seu objetivo é promover a organização dos dados e consubstanciar de maneira que possibilitem a obtenção da resolução do problema proposto na investigação (MATIAS PEREIRA, 2012). Utilizou-se análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e do nível funcional das pessoas idosas. Para as variáveis contínuas foram calculadas a média e o desvio-padrão e para as variáveis categóricas foram calculadas a frequência e percentual. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste *Shapiro Wilk*. A comparação entre as variáveis relacionadas aos momentos de avaliação da capacidade para a realização das ABVD, AIVD e avaliação cognitiva dos participantes foi realizada pelo teste não-paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks Test* com apresentação dos resultados em mediana e intervalo de confiança. A associação entre as variáveis relacionadas as alterações nas ABVD, AIVD e avaliação

cognitiva foi realizada por meio de teste não-paramétrico de *Mann-Whitney U*, e correlação de *Spearman*. A correlação de *Spearman* foi avaliada mediante seu coeficiente (p) como forte (0,70 a 1,0), moderada (0,3 a 0,7) e fraca (0 a 0,3). No processamento estatístico, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Foi previamente fixado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.2 Momento 2: elaboração e validação de conteúdo de protocolo assistencial

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa. No estudo metodológico, o pesquisador tem como objetivo a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável. Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos, como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; HUNGLER, 1995). Para Studart *et al.* (2011), estudos de construção de protocolos assistenciais são caracterizados como metodológicos e de tecnologia assistencial, visto que a construção de protocolos assistenciais em enfermagem está relacionada a uma proposta de inovação tecnológica.

Considerando o exposto, neste estudo, a elaboração do protocolo assistencial de enfermagem voltado à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, adotou como referencial metodológico o proposto por Ribeiro (2010). Foram utilizados os cinco primeiros passos sugeridos pelo autor, uma vez que o objetivo quanto ao protocolo no presente momento foi o de validar o conteúdo a ser desenvolvido.

3.2.1. Seleção e refinamento dos tópicos

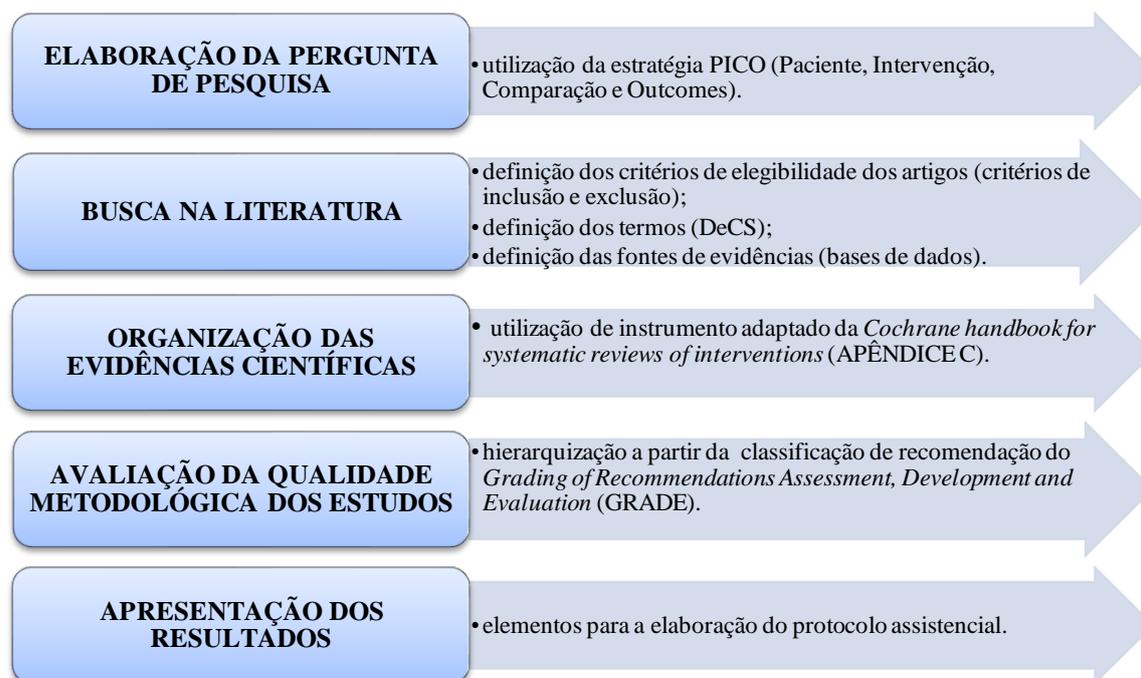
Nesta etapa foi realizada a definição dos aspectos referentes ao âmbito e finalidade do protocolo (contextualização, finalidade, a quem se destina, local a ser aplicado, público alvo e instruções gerais).

3.2.2 Revisão sistemática da literatura

Com o intuito de subsidiar a elaboração do protocolo assistencial de enfermagem voltado à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa

hospitalizada, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Na figura 4 encontra-se o fluxograma que demonstra os principais passos seguidos nesta etapa do estudo.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



Fonte: elaborado pela autora.

No tocante à fase de elaboração da pergunta de pesquisa, Pimenta *et al.* (2015) destaca que uma pergunta de pesquisa bem estruturada pode ser obtida por meio da utilização da estratégia denominada PICO. **PICO** representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construção de questões de natureza diversas, provenientes do cuidado/assistência, do gerenciamento de recursos humanos e materiais e da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outros.

QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PICO

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
P	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex. diferentes tipos de curativo), preventiva (ex. vacinação), diagnóstica (ex. mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
C	Controle ou comparação	Definida com uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho (" <i>outcomes</i> ")	Resultado esperado.

Fonte: Santos *et al.*, 2007 (adaptado)

Na fase de busca na literatura são rastreados os termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes do PICO, que podem ser combinados de vários modos. Os vocabulários de descritores controlados (padronizados) mais conhecidos são os do MeSH (MEDLINE/PubMed), do DeCS (BIREME), do EMTREE (EMBASE) e do CINAHL (CINAHL). A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca deve ser estabelecida pelos operadores “booleanos” *AND*, *OR* e *NOT*. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo *AND* uma combinação restritiva, *OR* uma combinação aditiva e *NOT* uma combinação excludente. Após a seleção dos termos de busca e utilização dos operadores “booleanos” para cada um dos quatro componentes de estratégia PICO, esses devem ser inter-relacionados na seguinte estratégia final: (P) *AND* (I) *AND* (C) *AND* (O) (PIMENTA *et al.*, 2015).

Definidos os termos para a busca, deverão ser selecionadas as fontes de informação que serão pesquisadas. As principais fontes de informação são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas. Entre as bases de dados eletrônicas estão aquelas em que os trabalhos encontram-se publicados na sua forma original (fontes primárias), por exemplo, CINAHL, Embase, MEDLINE, LILACS, SciELO. Existem ainda aquelas em que as informações originais foram comentadas e avaliadas criticamente, de acordo com a metodologia da Prática Baseada em Evidências (fontes secundárias), como a rede de colaboração Cochrane, o periódico *Evidence Based Nursing*, o Instituto Joanna Briggs de Revisão Sistemática, o periódico *Evidence Based Medicine*. (PIMENTA *et al.*, 2015).

A seleção dos artigos de interesse do pesquisador deve ser realizada fundamentalmente em duas fases, a primeira diz respeito à avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; e, a segunda está relacionada à avaliação do texto completo de todas as publicações selecionada na primeira fase. Para a decisão de quais estudos serão incluídos na revisão sistemática, recomenda-se que sejam obedecidos os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A extração dos dados deve ocorrer por meio de instrumentos padronizados com as informações relevantes das publicações pré-selecionadas. Esta organização tem por objetivo garantir a precisão e autenticidade dos dados, bem como, reduzir os vieses do pesquisador. Uma sugestão de modelo de protocolo é o disponível no programa *Review Manager* que estrutura a elaboração de um protocolo de revisão sistemática nos moldes exigidos para publicação na Cochrane Library (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

Após a obtenção dos artigos relevantes e que respondam à pergunta de pesquisa, avalia-se a qualidade do estudo quanto à validade, importância e aplicabilidade na amostra/população de interesse. Diferentes escalas encontram-se disponíveis para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos: JADAD; CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*); CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*); Van TULDER; Newcatle-Otawa; STARD (*Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies*); GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*). O sistema GRADE, foi elaborado com o objetivo de estabelecer critérios claros para avaliar a qualidade de evidências científicas e formular recomendações com base nos achados (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

O sistema GRADE inclui avaliação da qualidade da evidência, com posterior definição da direção e força das recomendações. A qualidade da evidência é graduada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa (QUADRO 2). O GRADE tem sido utilizado amplamente por conceituadas organizações como a Organização Mundial da Saúde, American College of Physicians, UpToDate e Cochrane Collaboration (BRASIL, 2014).

QUADRO 2 - QUALIDADE DA EVIDÊNCIA SEGUNDO O SISTEMA GRADE

QUALIDADE	DEFINIÇÃO	METODOLOGIA
ALTA (A)	Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo da medida de efeito encontrada.	Ensaio clínico randomizado bem delineado e executado, produzindo resultados consistentes e aplicáveis e/ou estudos observacionais muito bem delineados e com grandes estimativas de efeito.
MODERADA (B)	Estamos moderadamente confiantes na medida de associação; é provável que o verdadeiro efeito esteja próximo da medida de efeito encontrada mas há possibilidade de que seja substancialmente diferente.	Ensaio clínico randomizado com grandes limitações ou estudos observacionais bem delineados com grandes estimativas de efeito.
BAIXA (C)	Nossa confiança é limitada: o verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da medida de efeito.	Estudos observacionais bem delineados e, ocasionalmente, ensaios clínicos randomizados com limitações importantes.
MUITO BAIXA (D)	Temos muita pouca confiança na estimativa de efeito: é provável que o verdadeiro efeito seja substancialmente diferente da medida de efeito encontrada.	Estudos observacionais mal controlados e observações clínicas não sistemáticas (séries ou relatos de casos).

Fonte: Balshem e cols., 2011 (adaptado).

Quanto à força de recomendação, o sistema GRADE a gradua em Forte (1 - quando os efeitos desejáveis de uma intervenção superam, ou não superam, claramente, os efeitos indesejáveis) e Fraca (2 - há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma determinada conduta). Há roteiro para se chegar ao nível de evidência (QUADRO 3 e 4) (BRASIL, 2014). Assim, as recomendações recebem uma letra e um número, configurando tanto o nível de evidência como a força da recomendação.

QUADRO 3 – IMPLICAÇÃO DOS GRAUS DE RECOMENDAÇÃO DE ACORDO COM O SISTEMA GRADE

PÚBLICO ALVO	FORTE (1)	FRACA (2)
GESTORES	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações.	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas.
PACIENTES	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação.	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências.

Fonte: Brasil (2014).

QUADRO 4 – FATORES QUE REDUZEM E ELEVAM A QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

	FATOR	CONSEQUÊNCIA
REDUZEM	Limitações metodológicas	↓ 1 ou 2 níveis
	Inconsistência	↓ 1 ou 2 níveis
	Evidência indireta	↓ 1 ou 2 níveis
	Imprecisão	↓ 1 ou 2 níveis
	Viés de publicação	↓ 1 ou 2 níveis
ELEVAM	Elevada magnitude de efeito	↑ 1 ou 2 níveis
	Fatores de confusão residuais que aumentam a confiança na estimativa	↑ 1 nível
	Gradiente dose-resposta	↑ 1 nível

Fonte: Balshem e cols., 2011 (adaptado).

No que se refere à metanálise, esta é uma análise estatística que combina os resultados de dois ou mais estudos independentes, gerando uma única estimativa de efeito. Uma revisão sistemática não necessariamente precisa apresentar uma metanálise. Ao contrário, em alguns casos não é apropriado que seja realizada, podendo até mesmo gerar conclusões errôneas (BRASIL, 2014).

3.2.3 Recomendações para diferentes cenários

Nesta etapa é realizada a construção do modelo de recomendações baseado na revisão sistemática da literatura.

No que se refere às evidências para a prática de enfermagem na atenção à pessoa idosa hospitalizada com foco na capacidade funcional, estas serão apresentadas de acordo a linguagem padrão da profissão, utilizando-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), intervenções de acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e resultados segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

3.2.4 Atualização do protocolo

Estabelecer diretrizes para a atualização e revisão do protocolo.

3.2.5 Revisão por especialistas e profissionais

A validação de conteúdo de um instrumento baseia-se, necessariamente, em um julgamento; indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para cobrir adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2011). Para a seleção dos juízes especialistas da área da saúde a amostragem foi composta por intencionalidade, em função da aderência à área do estudo, realizada com base:

- Na busca de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq), realizando a seguinte pesquisa: *Plataforma lattes* → *Buscar currículo* → *Busca avançada* → *Doutores e demais pesquisadores* → *Frase exata: enfermagem idoso hospitalizado* (16 possíveis participantes);

- No envio de mensagem eletrônica aos membros do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica – DCEG da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (06 possíveis participantes);

- Em postagem do convite de participação na pesquisa realizada no grupo de pesquisadores ligados ao DCEG da ABEn (não estimado);

- No envio de mensagem eletrônica aos egressos do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da FURG no curso de Doutorado, com teses disponíveis no site do Programa com temáticas relacionadas diretamente à saúde da pessoa idosa (06 possíveis participantes).

Dos 9 pesquisadores que se dispuseram a avaliar o instrumento foram selecionados aqueles que obedeceram aos critérios adaptados com base no sistema de pontuação proposto por Fehring (LIRA; LOPES, 2011; FEHRING, 1987) (QUADRO 5).

Assim, foram selecionados 7 juízes-especialistas que apresentaram escores maior ou igual a 5 pontos.

QUADRO 5 - CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE JUÍZES ESPECIALISTAS

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Mestre em enfermagem	1
Doutor em enfermagem	2
Dissertação na saúde do idoso	1
Tese na saúde do idoso	2
Produção de artigo na área da saúde do idoso em periódico <i>qualis</i> \geq B2	1
Pesquisa/Projeto de extensão na área de saúde do idoso nos últimos 2 anos	1
Ministra disciplina na área da saúde do idoso	2
Experiência profissional (mínimo de 1 ano) como enfermeiro na assistência ao idoso hospitalizado/Especialização em saúde do idoso	2

Fonte: Lira; Lopes, 2011; Fehring, 1987 (adaptado)

O convite para compor o corpo de especialistas (juízes-especialistas) que fizeram parte do presente estudo foi realizado por meio de mensagem eletrônica (e-mail) ou via *WhatsApp* (APÊNDICE D). Quando realizado por meio de mensagem eletrônica, anexa à mensagem constavam o parecer do Comitê de Ética do CEPAS/FURG e o protocolo proposto na íntegra em sua primeira versão. Para a avaliação do protocolo foi encaminhado um link de acesso ao formulário eletrônico disponível na plataforma *Google Forms* (APÊNDICE E).

Estudos apontam que ao longo dos últimos anos ampliou-se a utilização de questionários *online* como ferramenta de pesquisa, e que nos próximos anos, o uso do meio impresso na pesquisa científica seja limitado aos documentos e protocolos, sendo todo o procedimento de coleta substituído pelo método *online*. A utilização de questionários *online*, representa um meio para a redução de gastos sem representar com isso prejuízo à confiabilidade da coleta de dados dos estudos (FALEIROS *et al.*, 2016; RUSSEL *et al.*, 2010).

O formulário *online* constitui-se de três seções. Na primeira, foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para a participação mediante a confirmação de aceite após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) e os respectivos aspectos éticos do estudo. Em havendo concordância, o agora participante do estudo iniciava a seção dois, com questões relativas à caracterização dos participantes (sexo, idade, tempo de formação, área de atuação, local de atuação, estado e cidade de atuação), além de uma caracterização técnico-científica que subsidiou a seleção dos juízes-especialistas. Na última seção estavam as instruções para o preenchimento do

formulário de avaliação, o link de acesso ao protocolo na íntegra e o formulário de validação propriamente dito.

O instrumento para a validação do conteúdo do protocolo foi elaborado com a finalidade de avaliar a clareza, coerência e relevância do instrumento desenvolvido. Para isso, cada avaliador deveria pontuar o grau de concordância a partir de uma escala do tipo Likert de quatro pontos. A cada resposta devia ser atribuído um número de pontos de acordo com a clareza, coerência e relevância de cada item. Os juízes também deveriam designar, de forma escrita, sugestões a fim de que os itens pudessem ser melhorados. Os gradientes das respostas e orientação aos juízes-especialistas estão dispostos no quadro 6.

QUADRO 6 - GRADIENTES DAS RESPOSTAS E ORIENTAÇÃO AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Discordo veementemente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo inteiramente
0	1	2	3	4
<i>item dispensável no protocolo ou indisponível</i>	<i>informação pouco relevante para a temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante</i>	<i>quando não tiver opinião formada sobre o assunto, neste caso deve-se omitir a justificativa</i>	<i>informação relevante mas confusa</i>	<i>informação extremamente relevante e indispensável no protocolo</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao número de juízes, Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. De acordo a ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE), é recomendado que cada diretriz seja avaliada por pelo menos dois juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; CATUNDA *et al.*, 2017). O protocolo desenvolvido foi então submetido ao grupo composto por 7 de juízes especialistas a fim de ter seu conteúdo julgado por meio de concordância.

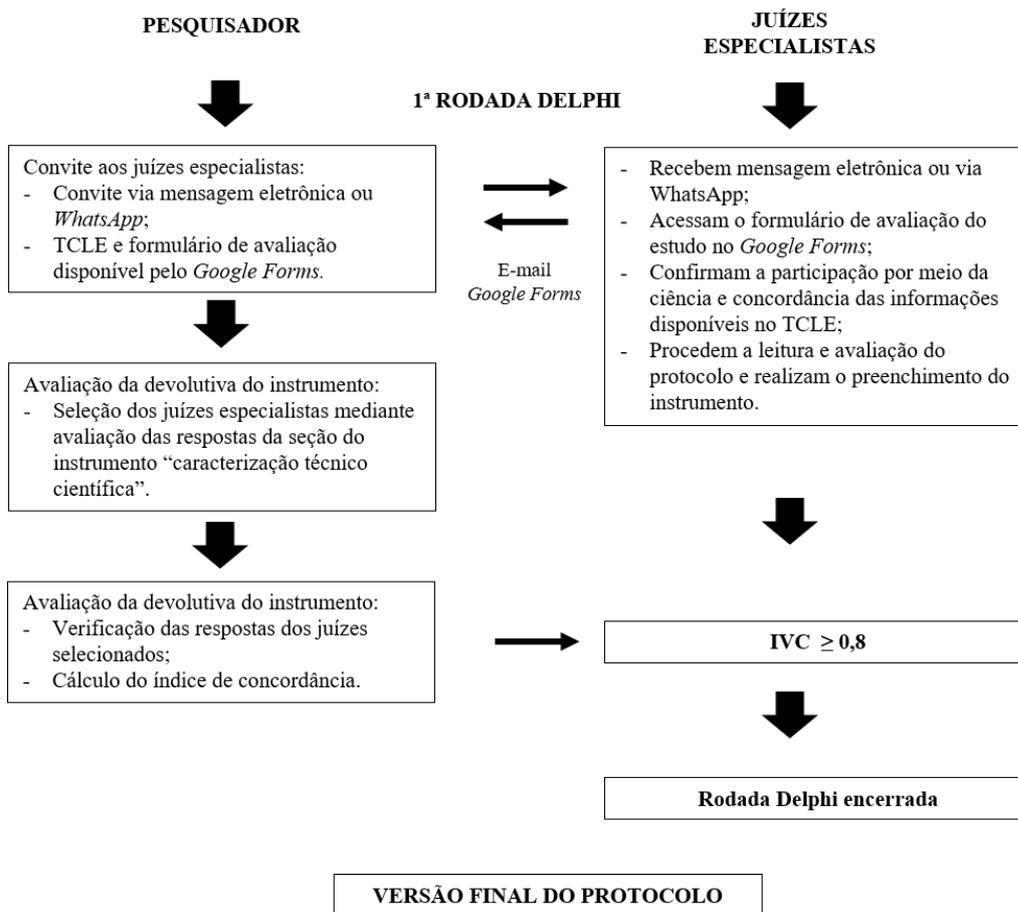
Ribeiro (2010) indica que uma das técnicas para executar a validação do conteúdo nas diretrizes clínicas é a técnica do método Delphi. A técnica Delphi é método destinado à dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião deste grupo por meio de uma série de questionários, entremeados a feedback controlado das opiniões (SCARPARO *et al.*, 2012).

A operacionalização da técnica Delphi é realizada por sucessivas rodadas de questionários, aplicados ao grupo de juízes especialistas. Na primeira rodada de opiniões

o questionário é enviado ao painel de especialistas e, a partir de seu retorno, as respostas são contabilizadas e analisadas. As questões que obtiverem o consenso estipulado pelo pesquisador são extraídas e o questionário, revisado pelo pesquisador, é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira rodada de opiniões. Assim, dá-se início à segunda rodada de opiniões. Nesse momento, os participantes, em anonimato, são solicitados a realizar um novo julgamento de suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo deve ser repetido até que se atinja o consenso (70/80% ou porcentagem arbitrada e devidamente justificada pelo pesquisador) (SCARPARO *et al.*, 2012).

Para a validação do instrumento, foi utilizado o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dividindo-se o número de juízes que julgaram como “concordo/concordo inteiramente” pelo total de juízes (avaliação por item), resultando na proporção de juízes que julgaram o item válido. Para calcular o IVC geral do instrumento foi realizada a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividido pelo número de itens (POLIT; BECK, 2006). Como aceitável, considerou-se índice mínimo de 0,8 tanto para avaliação de cada item como para avaliação geral do instrumento. Para uma melhor compreensão do método utilizado no estudo segue modelo explicativo (FIGURA 5):

FIGURA 5 - MODELO EXPLICATIVO DO MÉTODO DELPHI



Fonte: elaborado pela autora.

3.2.6 Análise e interpretação dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o aplicativo *online Planilhas Google* utilizado concomitantemente ao *Google Forms*. Após os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for Social Sciences SPSS 22.0* (SPSS Inc., Chicago, ILL, USA). Foi utilizada análise descritiva dos dados para a caracterização dos juízes especialistas e determinação do IVC obtendo-se as medidas relativas à frequência e ao percentual.

3.3 Aspectos éticos

Os aspectos éticos relacionados ao presente estudo, levaram em consideração a Resolução CONEP nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde,

que trata dos aspectos éticos para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos participantes deste estudo, em ambos os momentos da execução da pesquisa, foi oferecida e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A; APÊNDICE F). Em ambos os termos, estão contemplados os objetivos, metodologia do estudo, coleta de dados e foi garantida a liberdade de não participação, desistência e anonimato. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, no momento 1 os idosos foram identificados pela letra I de idoso, seguida do número arábico de realização da coleta de dados (I₁, I₂, I₃...). No momento 2, os juízes, foram identificados pela letra J de juízes, seguida do número arábico correspondente à ordem de devolução do instrumento de avaliação de conteúdo do protocolo (J₁, J₂, J₃...).

Ao término deste estudo, os resultados obtidos serão devolvidos aos participantes e à comunidade científica em forma de artigos científicos publicados em revistas e participações em eventos na forma de pôster e tema livre. Os instrumentos de coletas de dados e consentimentos referente ao momento 1, assim como a cópia em CD das informações obtidas por meio do instrumento eletrônico utilizado no momento 2, permanecerão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e ao término da pesquisa serão guardados por cinco anos em caixa lacrada, em local sigiloso sob a supervisão da pesquisadora orientadora deste projeto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os artigos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa, os quais compõem essa tese.

O artigo 1, intitulado “*Caracterização da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas*” apresenta o resultado da investigação relativa à variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar.

O artigo 2, intitulado “*Fatores pré-hospitalares associados ao declínio funcional*” apresenta os fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas.

O artigo 3, intitulado “*Intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática da literatura*” apresenta uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional na qual buscou-se nas evidências científicas intervenções que pudessem ser desenvolvidas pela enfermagem com vistas à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada.

E, finalmente, o artigo 2, “*Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada*” aborda o processo de elaboração e validação de um protocolo assistencial com intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa idosa hospitalizada com base nas evidências científicas relacionadas à manutenção/recuperação da capacidade funcional.

4.1 Artigo 1

Caracterização da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas*

Characterization of functional capacity of hospitalized elderly

Capacidade funcional de pessoas idosas

Functional capacity of elderly

Resumo

Objetivo: Verificar se há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar. Método: Estudo realizado nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (RS), entre novembro e dezembro de 2018. Para a coleta de dados fora construído instrumento com questionamentos relativos aos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, pelas escalas de Barthel para avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD) e da escala de Lawton e Brody para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Utilizou-se análise descritiva e comparação entre as variáveis com a utilização do software SPSS, versão 22.0, com $p < 0,05$. A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência composta por 56 pessoas idosas. Resultados: Os participantes, em sua maioria, mostraram-se independentes na linha de base tanto para as ABVD quanto para as AIVD (60% e 53,6% respectivamente) com perda funcional significativa entre o período pré admissional e admissional e entre o período pré-hospitalar e alta hospitalar para ambas as atividades e variação entre os períodos de admissão e 5 dias, 10 e 15 dias decorridos de internação para as ABVD. Não houve variação significativa nas ABVD e AIVD entre o período de admissão e alta hospitalar. Conclusão: há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar.

* Artigo submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia ISSN 1981-2256

Palavras-chave: Atividades Cotidianas. Hospitalização. Saúde do Idoso. Enfermagem.

Abstract

Objective: To verify if there is variation in the functional capacity of the elderly before and during hospitalization and at the time of hospital discharge. Method: Study carried out in the inpatient units of the Passo Fundo Clinical Hospital, between November and December 2018. To collect data, an instrument was built with questions regarding socio-demographic, economic and clinical data, using the Barthel scales to evaluate activities of daily living (BADL) and the Lawton and Brody scale for instrumental activities of daily living (IADL). Descriptive analysis and comparison between variables were used with the use of SPSS software, version 22.0, with $p < 0.05$. The sampling was non-probabilistic for convenience composed of 56 elderly people. Results: Most participants were independent at baseline for both BADL and IADL (60% and 53.6% respectively) with significant functional loss between pre-admission and admission and between prehospital and discharge for both activities and variation between admission periods and 5 days, 10 and 15 days after admission to BADL. There was no significant variation in BADL and IADL between the period of admission and hospital discharge. Conclusion: there is variation in the functional capacity of the elderly before and during hospitalization and at the time of hospital discharge.

Keywords: Daily Activities. Hospitalization. Health of the Elderly. Nursing.

INTRODUÇÃO

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento destacam a necessidade de propiciar à pessoa idosa uma atenção abrangente à saúde. Busca-se com isso não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, em última análise a melhoria da qualidade de vida.¹ Desta feita, envelhecimento não pode ser considerado sinônimo de incapacidade e dependência, mas sim de maior vulnerabilidade. A maioria dos idosos convive com doenças ou disfunções

orgânicas, que, em grande parte, não estão associadas à limitação das atividades ou restrição da participação social.²

O foco da atenção à saúde da pessoa idosa deve estar relacionado à funcionalidade global do indivíduo ou capacidade funcional, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. A pessoa considerada saudável é capaz de realizar as tarefas do cotidiano de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.^{3,4} A perda da capacidade funcional ou declínio funcional está associada à predisposição à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, restrição da participação social do indivíduo, gerando cuidados de longa permanência e alto custo.^{2,5}

A doença aguda e a hospitalização subsequente são eventos cruciais na trajetória que leva à perda da capacidade funcional e respondem por cerca de 50% de todas as incapacidades de início recente em pessoas idosas.⁶ Nessa perspectiva, a hospitalização pode ser um fator gerador de consequências iatrogênicas. A iatrogenia se refere a qualquer alteração patológica que ocorre no paciente decorrente da atuação dos profissionais de saúde da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde. Trata-se de uma das síndromes geriátricas que corresponde à quinta causa de morte nos Estados Unidos. Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Trata-se, portanto, da principal síndrome geriátrica potencialmente reversível ou até mesmo curável.⁷⁻⁸

Nesse sentido, durante a internação hospitalar da pessoa idosa, a avaliação da sua capacidade funcional faz-se necessária, uma vez que fornece dados importantes no planejamento assistencial da enfermagem e dos demais profissionais, com o fim de intervir para minimizar ou evitar o declínio funcional e prevenir complicações. Além disso, o cuidado individualizado, durante a internação, e a orientação na alta do paciente, podem contribuir com redução dos índices de readmissão, estando associado à melhor qualidade do cuidado.^{9,10}

Frente ao exposto, realizou-se a presente investigação com o objetivo de verificar se há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar.

MÉTODO

Estudo de campo, descritivo, de corte longitudinal prospectivo e abordagem quantitativa realizado nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (RS) (HCPF), nos meses de novembro e dezembro de 2018. A coleta dos dados neste período foi diária com duração média de 6 horas. As informações obtidas junto aos participantes ocorreram nos seus quartos ou em áreas de uso comum (salas de estar) disponíveis em algumas unidades, sempre observando as questões relativas à privacidade e conforto. A duração média dos encontros foi de 35 minutos.

O primeiro contato demandava um tempo maior haja vista a apresentação da pesquisadora, apresentação do estudo e questões éticas, coleta dos dados sócio demográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, além dos relativos à funcionalidade. Os critérios para inclusão dos participantes foram: ser idoso (60 anos e mais), estar hospitalizado em uma das unidades de internação do HCPF em um período não superior à 24 horas para a realização da primeira coleta, ter como causa da internação condições clínicas e apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal ou, no caso de isso não ocorrer, contar com cuidador responsável que pudesse responder aos instrumentos.

Foram excluídos aqueles que não se adequaram aos critérios anteriormente estabelecidos, as pessoas idosas com tempo de internação menor que 48 horas, internadas com história de cirurgia pregressa recente (últimos 60 dias), internados para procedimentos cirúrgicos, pacientes em isolamento respiratório, pacientes internados em unidades fechadas, pacientes internados no Pronto Atendimento, Emergência e Unidade 3 (unidades que não forneciam condições de privacidade para a coleta das informações) e aqueles que não foram encontrados após 3 tentativas da pesquisadora.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, que é bastante usual e consiste em selecionar uma amostra da população que esteja

exequível.¹¹ Isto é, os indivíduos participantes da pesquisa foram selecionados por estarem disponíveis no período da realização da coleta dos dados e por se enquadrarem nos critérios estabelecidos para inclusão, não sendo selecionados por meio de um critério estatístico.

O instrumento para coleta de dados fora constituído de questionamentos relativos aos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, pelas escalas de Barthel e escala de Lawton e Brody. A escala de Barthel, foi utilizada para avaliação da capacidade funcional relacionada as atividades básicas da vida diária (ABVD). Sua aplicação se deu no dia da inclusão do participante no estudo, no qual foram coletadas informações sobre dois momentos: Momento 0 (*M0*) – informações quanto às ABVD referidas de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (*M1*) – informações quanto às ABVD na ocasião da internação. Após, a escala foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação (*M_{2,3...}*) e na alta hospitalar (Momento final da avaliação de funcionalidade - *M_F*).

A escala de Barthel foi aplicada junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa. Este instrumento é composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Seu score é obtido por meio da soma de todos os pontos obtidos, com variação de 0-100, permite classificar a pessoa idosa como independente (100 pontos), com dependência leve (80 a 99), com dependência moderada (60 a 79 pontos), com dependência grave (45 a 59 pontos) e com dependência severa (<45 pontos).¹²

A escala de Lawton e Brody foi utilizada para a avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Da mesma forma que a escala de Barthel, a escala de Lawton e Brody foi aplicada junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa e as informações referiram-se a dois momentos: Momento 0 (*M0*) – informações quanto a execução de AIVD referida de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (*M1*) – informações quanto a realização de AIVD na ocasião da internação e na alta hospitalar (Momento final da avaliação das AIVD - *M_F*).

A escala de Lawton e Brody não foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação, uma vez que as atividades compreendem aquelas realizadas pela pessoa idosa em casa ou na comunidade e que, frequentemente, exigem interações mais complexas que as ABVD. Assim, foram consideradas as atividades que a pessoa idosa sentia-se capaz de realizar 15 dias antes da internação, na internação e no momento da alta hospitalar. Essa escala atinge uma pontuação máxima de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência. Desta forma, a pessoa idosa pode ser classificada como dependente (9 pontos), semidependente (10 a 18 pontos) e independente (19 a 27 pontos).^{4,12-14}

Utilizou-se análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e do nível funcional das pessoas idosas. Para as variáveis contínuas foram calculadas a média e o desvio-padrão e para as variáveis categóricas foram calculadas a frequência e percentual. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste *Shapiro Wilk*. A comparação entre as variáveis relacionadas aos momentos de avaliação da capacidade para a realização das ABVD e AIVD foi realizada pelo teste não-paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks Test* com apresentação dos resultados em mediana e intervalo de confiança. No processamento estatístico, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. Foi previamente fixado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Os aspectos éticos relacionados ao presente estudo, levaram em consideração a Resolução CONEP nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos.¹⁵ O projeto obteve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande nº. 2.976.483, CAAE: 95584418.7.0000.5324 de 22 de outubro de 2018. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, 501 pessoas idosas foram hospitalizadas nas unidades de internação do HCPF, no entanto, 445 deles foram excluídas do

estudo por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, a amostra foi composta por 56 pessoas idosas. A maioria dos participantes pertencia ao sexo masculino (n=33; 58,9%), com média de idade de 72,98 ($\pm 8,26$) anos, de cor branca (n=45; 80,4%), aposentados (n=51; 91,1%), católicos (n=45; 80,4%) e com ensino fundamental incompleto (n=23; 41,1%).

Quanto ao número de dias de acompanhamento hospitalar, a média foi de 8,29 dias ($\pm 4,54$), variando entre 3 e 25 dias. Em relação às comorbidades, foram relatadas em média 7,5 comorbidades por participante ($\pm 8,51$). As condições mais frequentes autorreferidas foram hipertensão arterial sistêmica 42% (n=42), diabetes mellitus 32% (n=18), dislipidemia 32% (n=18), cardiopatias 30% (n=17) com história prévia de angioplastia coronariana 23% (n=13), história prévia de neoplasia 20% (n=11) e transtorno depressivo 18% (n=10). Quanto ao uso de medicamentos contínuos 94,64% (n=53) faziam uso, destes 25% (n=13) não se recordavam da totalidade ou de parte das medicações utilizadas. A média de medicamentos de uso contínuo entre os participantes foi de 5,36 ($\pm 3,48$).

Os diagnósticos médicos dos participantes de acordo com os capítulos do CID-10 foram: X doenças do aparelho respiratório 25% (n=14), II neoplasmas 23,2% (n=13), XVIII sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte 21,4% (n=12), VI- doenças do sistema nervoso 9% (n=5), IX doenças do aparelho circulatório 9% (n=5), XIV doenças do aparelho geniturinário 7% (n=4), IV doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 1,8% (n=1), XIX lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas 1,8% (n=1). e IX- doenças do aparelho digestivo 1,8% (n=1).

A investigação do perfil da capacidade funcional dos participantes do estudo, em seus diferentes momentos, relacionadas às atividades básicas da vida diária, medida pela escala de Barthel e às atividades instrumentais da vida diária, medida pela escala de Lawton e Brody encontram-se dispostas na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos participantes quanto à funcionalidade nos diferentes momentos do estudo. Passo Fundo, RS, 2018.

Variável	Linha de base (M0) (N=56)		Admissão (M1) (N=56)		5 dias (M2) (N=20)		10 dias (M3) (N=4)		15 dias (M4) (N=3)		Alta hospitalar (MF) (N=45)	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
ABVD (Escala de Barthel)												
Independente	34	60	26	46,4	3	15	1	25	-	-	21	46,8
Dependência leve	11	19,6	14	25	2	10	-	-	-	-	10	22,2
Dependência moderada	3	5,4	2	3,6	6	30	2	50	2	66,7	5	11,1
Dependência grave	-	-	3	5,4	1	5	-	-	-	-	1	2,2
Dependência severa	8	15	11	19,6	8	40	1	25	1	33,3	8	17,7
AIVD (Escala de Lawton e Brody)												
Independente	30	53,6	26	46,4	-	-	-	-	-	-	17	38
Semi-dependente	16	28,5	16	28,6	-	-	-	-	-	-	15	33,2
Dependente	10	17,9	14	25	-	-	-	-	-	-	13	28,8

Fonte: dados do estudo, 2018.

* Percentuais calculados excluindo-se as variáveis sem resposta ou ignoradas.

A pontuação obtida pelas pessoas idosas participantes do estudo, em seus diferentes momentos, relativas às atividades básicas da vida diária encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Comparação da capacidade para a realização das atividades básicas da vida diária entre os participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2018.

Pessoas idosas			
	Linha de base (M0) (N=56)	Admissão (M1) (N=56)	<i>p</i>
ABVD (pontos) (0-100)	100 (75 – 92)	95 (66-86)	0,003*
	Admissão (M1) (N=56)	Intra-hospitalar (M2+M3+M4) (N=27)	
	95 (66-86)	23 (14-38)	<0,001*
	Admissão (M1) (N=56)	Alta hospitalar (MF) (N=45)	
	95 (66-88)	95 (67-88)	0,645
	Linha de base (M0) (N=56)	Alta hospitalar (MF) (N=45)	
	100 (75-92)	95 (67-88)	0,01*

Fonte: dados do estudo, 2018.

Legenda: valores apresentados em mediana e intervalo de confiança. A comparação dos dados foi realizada pelo teste de *Wilcoxon Signed Ranks Test* ($p < 0,05$). ABVD= Atividades básicas da vida diária (Escala de Barthel).

O desempenho dos participantes, nos diferentes momentos do estudo, relativas às atividades instrumentais da vida diária encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação da capacidade para a realização das atividades instrumentais de vida diária entre os participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2018.

Pessoas idosas			
	Linha de base (M0) (N= 56)	Admissão (M1) (N= 56)	<i>p</i>
AIVD (pontos)	19 (14 – 21)	17 (14 – 21)	0,039*
	Admissão (M1) (N= 56)	Alta hospitalar (MF) (N=45)	
	17 (14 – 21)	17 (13 – 20)	0,105
	Linha de base (M0) (N= 56)	Alta hospitalar (MF) (N=45)	
	19 (14 – 21)	17 (13 – 20)	0,007*

Fonte: dados do estudo, 2018.

Legenda: valores apresentados em mediana e intervalo de confiança. A comparação dos dados foi realizada pelo teste de *Wilcoxon Signed Ranks Test* ($p < 0,05$). AIVD= Atividades instrumentais da vida diária (Escala de Lawton e Brody).

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi identificado um predomínio de participantes com média de idade de 72,98 ($\pm 8,26$) em sua maioria do sexo masculino. Os homens, além de serem mais sedentários, iniciam mais cedo o consumo de álcool e tendem a beber em maior quantidade. Além disso, parecem se preocupar menos com os cuidados à saúde, buscando o serviço apenas em caso de doença, quando comparados às mulheres.¹⁶ Tais assertivas encontram respaldo no número de homens na amostra do presente estudo, em outros estudos realizados^{17,18} e nos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) que mostram que 50,09% das internações hospitalares no âmbito do SUS no Rio Grande do Sul em 2018 foram de pessoas idosas do sexo masculino.¹⁹

Quanto ao número de dias de acompanhamento hospitalar, a média foi de 8,29 dias ($\pm 4,54$), variando entre 3 e 25 dias. Tal dado representa uma média de permanência superior ao encontrado em estudo¹⁷ realizado no interior do Estado de São Paulo com o objetivo de verificar a trajetória da funcionalidade em pessoas idosas hospitalizadas por condições clínicas e seus fatores associados em um hospital universitário, no qual a média de permanência hospitalar foi de 5,3 ($\pm 3,2$) dias e dos dados relativos às internações no SUS, no qual a média nacional é de 6,6 dias e no estado do Rio Grande do Sul é de 6,9 dias.¹⁹

Outro dado representativo, diz respeito às comorbidades apresentadas pelas pessoas idosas, com uma média 7,5 ($\pm 8,51$) comorbidades por participante. As condições mais frequentes autorreferidas foram hipertensão arterial sistêmica 75% (n=42) e diabetes mellitus 32% (n=18). Nesse sentido é de conhecimento que o processo de envelhecimento promove diversas alterações orgânicas que predispõem os indivíduos a um estado de maior vulnerabilidade aos fatores externos e de maior risco de enfermidades e morte em virtude do acúmulo de danos moleculares e celulares. A maior carga de morbimortalidade associada ao envelhecimento se deve às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).²⁰

De acordo com o *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease*²¹, um total de 56 milhões de mortes ocorreram em todo o mundo no ano de 2012. Destas, 38 milhões foram devidas a DCNT (82%) com previsão de que as mortes aumentem para 52 milhões até 2030. As principais causas de mortes por DCNT em 2012 foram: doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes, ou 46,2% das mortes por DCNT), neoplasias (8,2 milhões ou 21,7% mortes por DCNT), doenças respiratórias, incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (4,0 milhões, ou 10,7% das mortes por DCNT) e diabetes (1,5 milhão, ou 4% das mortes por DCNT). Aproximadamente 75% das mortes por estas doenças ocorrem em países de baixa e média renda e 40% são consideradas mortes prematuras (antes dos 70 anos).

Frente à elevada incidência de DCNT, 94,64% (n=53) dos participantes relataram a utilização de medicamentos de uso contínuo, com uma média de 5,36 ($\pm 3,48$) medicamentos por pessoa idosa. Caracteriza-se assim a prevalência de polifarmácia, ou seja, a utilização de cinco ou mais medicamentos de uso contínuo, convergindo com os resultados de outras pesquisas.^{17,18} Muitos estudos evidenciam os riscos e a necessidade de atenção em relação à polifarmácia, entre as quais a adesão incorreta e efeitos iatrogênicos relacionados à terapia medicamentosa pela pessoa idosa.^{22,23} Nesse sentido, ainda ressalta-se que 25% (n=13), dos participantes não sabem relatar suas medicações e solicitam que seja perguntado aos cuidadores/familiares sobre os mesmos, e estes, por sua vez não lembram.

Sobre este aspecto, um importante instrumento que poderia minimizar os riscos relativos à ausência desta informação, desde que corretamente utilizado pelos profissionais de saúde, é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Trata-se de uma ferramenta que facilita a reconstituição do histórico clínico dos indivíduos (entre os quais a utilização de fármacos), suas condições de saúde, bem como a identificação de hábitos de vida, contextos familiares, sociais e econômicos que possam contribuir para melhores ou piores prognósticos. Outro aspecto importante da caderneta é a orientação dos indivíduos para o autocuidado, na medida em que a pessoa idosa pode visualizar e registrar sua

própria trajetória de saúde, tomando decisões para alterá-la ou mantê-la da melhor forma possível. Aos familiares e cuidadores, a caderneta oferece um recurso importante para a qualificação do cuidado diário, chamando a atenção para a prevenção de doenças e agravos, com orientações sobre prevenção de quedas, vacinação, alimentação saudável, saúde sexual e bucal, entre outros pontos relevantes.²⁴

Quanto aos diagnósticos médicos de acordo como CID-10, houve um predomínio das doenças do aparelho respiratório 25% (n=14) e neoplasmas 23,2%(n=13). Tais diagnósticos aparecem como as três principais causas de internação em outros estudos¹⁶ e nos dados oficiais do SUS no Rio Grande do Sul juntamente com as doenças do aparelho circulatório.¹⁹ Outro estudo mostrou que entre os anos de 2000 e 2013, estas doenças foram as principais causas de adoecimento, hospitalizações e mortes entre pessoas idosas com elevação de 50% de incidência durante o período.²⁵ Ainda, no Rio Grande do Sul, correspondem a 70,9% dos óbitos entre a população idosa. A grande incidência de doenças do aparelho respiratório na amostra do presente estudo pode ser explicada pelas características geográficas e climáticas do estado Rio Grande do Sul. Esses dados reforçam a necessidade de direcionar as ações e serviços do SUS para os problemas crônicos de saúde e investir prioritariamente na Atenção Primária, dado que as doenças que têm acometido a população gaúcha estão relacionadas aos hábitos e estilos de vida.²⁶ Reforça-se aqui a importância da referência e contra referência, pois, os participantes do estudo em sua maioria receberam alta hospitalar (80,4% n=45) e, possivelmente, têm uma Unidade de Saúde de referência na qual por serem idosos, com DCNT e em uso de medicamentos possuem prioridade no acompanhamento.

No que se refere à funcionalidade das pessoas idosas participantes deste estudo, a maior parte apresentou-se independente na linha de base, ou seja, duas semanas antes da admissão hospitalar, tanto para as ABVD quanto para as AIVD (60% e 53,6% respectivamente) (Tabela 1). Tal dado converge com os encontrados em outros estudos,^{27, 28} entre os quais o realizado na cidade de São Francisco (EUA), no qual, dos participantes, 71,7% declararam-se independentes para as ABVD e 59,6% para as AIVD.²⁷ Desta forma, observa-se

uma frequência maior de dependência para as AIVD, situação esta tratada na literatura como a hierarquia do declínio funcional. Sob esta perspectiva, os indivíduos perdem, inicialmente, o desempenho das tarefas mais complexas (AIVD) e, por último, deixam de realizar as ABVD cuja perda representa um grau mais alto de dependência.⁴

Por meio dos dados (Tabelas 2 e 3), observou-se uma variação significativa entre a linha de base e o momento da internação hospitalar, tanto para as ABVD, quanto para as AIVD. Nas ABVD, o decréscimo foi de 5 pontos na escala de Barthel e nas AIVD, este fora de 2 pontos na escala de Lawton e Brody. Acredita-se, assim, em um declínio funcional anterior à hospitalização. No estudo de Carvalho *et al*¹⁷ os resultados mostraram que um terço dos participantes apresentaram piora da funcionalidade no momento da internação em comparação com o estado anterior. Igualmente, outro estudo²⁹ mostrou que de 35% a 43% das pessoas idosas participantes perderam funcionalidade no momento da internação, independente das causas de internação e do local de avaliação (hospital geral ou enfermaria especializada de geriatria), em relação ao nível basal. O nível funcional já comprometido nos primeiros dias de internação pode associar-se com idade avançada, gravidade das comorbidades instaladas e estado cognitivo, podendo ser potencializado com as práticas hospitalares (assistência não especializada, imobilidade no leito, uso de psicofármacos, aplicação de sonda vesical, etc).³⁰

Outro dado relevante, diz respeito à variação observada na capacidade para a realização das ABVD se considerados os períodos de admissão, 5 dias, 10 e 15 dias decorridos de internação. A variação na escala de Barthel neste comparativo foi de um decréscimo de 72 pontos (Tabela 2). Tal dado destaca a variação da funcionalidade dos participantes no período intra-hospitalar, a qual pode ser associado às comorbidades das pessoas idosas, uma vez que, ao longo da internação, há frequente exacerbação das condições crônicas dos indivíduos, incluindo as doenças cardiorrespiratórias e endócrinas, que frequentemente levam a deterioração funcional aguda em indivíduos vulneráveis e frágeis as quais podem estar associadas também aos fatores intra-hospitalares.³¹ Em contrapartida, estudo sugere que uma parte significativa do

declínio funcional ocorre nos poucos dias antes da admissão hospitalar e apenas 1-7% dos pacientes sofrem declínio funcional durante a hospitalização.³²

No presente estudo, não houve variação significativa nas ABVD e AIVD entre o período de admissão e alta hospitalar. Porém, houve variação significativa entre o período pré-hospitalar e a alta hospitalar medidas pela escala de Barthel (decréscimo de 5 pontos) e Lawton e Brody (decréscimo de 2 pontos). O estudo de Fimognari,⁶ no mesmo intervalo (linha de base e alta hospitalar) mostrou que 18% dos participantes tiveram declínio funcional, ou seja, receberam alta com status funcional pior do que o valor basal, mesmo achado de Carvalho *et al.*¹⁷ Outros estudos mostram que em média 35% dos idosos não recuperam a funcionalidade no momento da alta hospitalar, independente da população avaliada e do local da internação.^{33,34} Os achados sugerem que a alteração funcional observada pode tratar-se da incapacidade associada à hospitalização, designada na literatura por HDA, sigla inglesa para *hospitalization associated disability*. A HDA é descrita como uma síndrome geriátrica, caracterizada pela incapacidade nova ou adicional nas ABVD na alta hospitalar comparada ao nível basal de aproximadamente 15 dias antes da hospitalização (retrospectivamente medida na admissão).³⁵

Frente as variações evidenciadas pelo presente estudo no que tange a funcionalidade das pessoas idosas nos períodos pré-hospitalar e intra-hospitalar, enfatiza-se a avaliação das ABVD e das AIVD como importantes fatores prognósticos, que podem prever a mortalidade e outros desfechos de saúde durante e após a hospitalização. Um novo modelo de atenção hospitalar focado no status funcional, incluindo avaliação da admissão e durante toda a internação, promoção da atividade física com deambulação precoce e planejamento para alta domiciliar, é necessário para reduzir a incidência de perdas funcionais durante a hospitalização e aumentar a probabilidade da pessoa idosa retornar ao lar e reduzir o tempo de internação.

Para isso, a pessoa idosa hospitalizada necessita da assistência de uma equipe multiprofissional integrada e conhecedora das principais ferramentas de rastreio para a identificação do declínio funcional, presente na admissão e no decorrer do período de internação.³⁵ Convém ressaltar que, entre as limitações

do presente estudo, estão a ausência de critérios estatísticos para definição da amostra, a realização deste em uma única instituição, desta forma, podendo não representar outras realidades. Por isso, a temática requer mais estudos e ampliação da amostra para compreendê-la sistematicamente.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, pode-se verificar que há variação da capacidade funcional das pessoas idosas antes e durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar. Desta forma, os achados do presente estudo podem contribuir para o fomento de pesquisas voltadas à avaliação da funcionalidade da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Tais pesquisas, mostram-se relevantes no contexto clínico, pois, suas evidências podem contribuir na elaboração de planos de cuidado para a assistência à pessoa idosa hospitalizada com intervenções que busquem minimizar o comprometimento funcional adquirido no período pré-admissional e prevenir as perdas decorrentes do processo de hospitalização.

REFERÊNCIAS

- 1 Netto MP. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV et al. (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 3-13.
- 2 Moraes EM, Moraes FL, Caldas CP. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Coimbra AMC (org.). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. 99-146.
- 3 Ferreti REL. Avaliação gerontológica global. In: Nunes MI, Ferrettirel SM. Enfermagem em geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.p. 69-74.
- 4 Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1)
- 5 Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. Rev. bras. enferm. 2013 Dez; 66(6): 907-913. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600015

- 6 Fimognari FL, Pierantozzi A, De Alfieri W, Salani B, Zuccaro SM, Arone A, et al. The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients. *J Geront.* 2017 Jan; 72(1): 102–8. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/72/1/102/2629923#48626452>
- 7 Moraes EN. Grandes síndromes geriátricas. In: Coimbra AMC (org.). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p.171-250.
- 8 Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009 Dez; 43(4): 810-817. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400011&lng=en.
- 9 Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Functional independence of long-living elderly at hospital admission. *Texto contexto - enferm.* 2014 Set; 23(3): 673-679. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300673&lng=en.
- 10 Lopes MB, Lage JSS, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. *Einstein (São Paulo).* 2015 Jun; 13(2): 209-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200007&lng=en.
- 11 Guimarães PRB. *Métodos quantitativos estatísticos*. Curitiba: IESDE Brasil SA; 2012. 252 p.
- 12 Lourenço RA, Perez M, Sanchez MAS. Escalas de avaliação geriátrica. In: Freitas EV et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 2339-60.
- 13 Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Ger Geront.* 2014 Jan-Mar; 17(1): 165-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 16 Levorato CD, Mello, LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1263-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en.

17 Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VFS, Villas Boas PJF. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2018 Abr; 21(2): 134-142. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200134&lng=en.

18 Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCT, Batista REA. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. Rev Min Enferm. 2014; 18(4):855-60. Disponível em:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/968>

19 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Informações de Saúde -TABNET. Assistência à Saúde. Produção Hospitalar – SIH/SUS. Brasília (DF): DATASUS; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

20 Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre envelhecimento e saúde. Genebra. OMS; 2015. 28p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/>

21 World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease (NCDs) 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.

Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

22 Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, D'orsi E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. Rev Bras Epidemiol. 2017 Abr-Jun; 20(2): 335-344. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>

23 Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):136-40. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en.

24 Brasil. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; Ministério da Saúde, 2018. 91 p.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

25 Dantas IC, Júnior EPP, Medeiros KKAS, Souza EA. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Rev Kairós Geront. 2017; 20(1): 93-108. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058>.

26 Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde 2016 – 2019. Porto Alegre; 2013. 228p. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>

27 Brown RT, Pierluissi E, Guzman D, Kessell ER, Goldman LE, Sarkar U, et al. Functional disability in late-middle-aged and older adults admitted to a

safety-net hospital. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(11):2056-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241128/>

28 Banouby SMHE, Hamza SA, Rahman SAA, Mortagy AK. Predictors of Hospital length of Stay among Egyptian Elderly. *Life Sci J* 2013;10(4):166-70. Disponível em: http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1004/021_20201life1004_166_170.pdf

29 Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):451-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x?sid.nlm%3Apubmed>

30 Lee S, Staffileno BA, Fogg L. Influence of staff education on the function of hospitalized elders. *Nurs Outlook* 2013;61(1):2-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655412000954>

31 Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: “She was probably able to ambulate, but I’m not sure”. *JAMA.* 2011; 306:1782–1793. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1104539>

32 Pierluissi E, Francis DC, Covinsky KE. Patient and hospital factors that lead to adverse outcomes in hospitalized elders. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, eds. *Acute Care for Elders. A Model for Interdisciplinary Care.* New York, NY: Humana Press; 2014:21–48

33 De Wit L, Putman K, Devos H, Brinkmann N, Dejaeger E, De Weerd W, et al. Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel Index at discharge from rehabilitation centre. *Disabil Rehabil.* 2014;36(5):353-8. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2013.793411?journalCode=idre20>

34 Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing.* 2012;41(3):381-7. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/41/3/381/32060>

35 Palleschi L, Galdi F, Pedone C. Acute medical illness and disability in the elderly. *Geriatr Care.* 2018 Mar-Out; 4(7561):p. 62-64. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7561/7734>

4.2 Artigo 2

FATORES PRÉ-HOSPITALARES ASSOCIADOS AO DECLÍNIO FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS*

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas.

Métodos: Estudo descritivo, de corte longitudinal prospectivo, realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (RS), entre novembro e dezembro de 2018. Amostra constituída por 56 participantes, com questionamentos sobre dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, escala de Barthel para avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD) e de Lawton e Brody para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Análise descritiva e comparação entre as variáveis com a utilização do software SPSS, versão 22.0, com $p < 0,05$.

Resultados: Idade, medo de quedas, presença de dor ao movimento e doenças do aparelho respiratório apresentaram moderada associação com o declínio para as ABVD e AIVD. Fadiga e fraqueza e doenças do aparelho circulatório associadas com declínio das AIVD.

Conclusão: Foi possível identificar alguns dos fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas.

Palavras-chave: Atividades cotidianas; Hospitalização; Saúde do idoso; Cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado; Enfermagem.

* Artigo submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem ISSN 0102-6933 On-line ISSN 1983-1447 (impressa).

ABSTRACT

Objective: *To identify prehospital factors associated with declining functional capacity in hospitalized elderly people.*

Methods: *This is a descriptive, prospective longitudinal study, carried out at the Passo Fundo Clinical Hospital (RS), between November and December 2018. A sample of 56 participants, with questions on sociodemographic, economic and clinical data, Barthel scale for evaluation. from basic activities of daily living (ABVD) and Lawton and Brody to instrumental activities of daily living (IADL). Descriptive analysis and comparison between variables using SPSS software, version 22.0, with $p < 0.05$.*

Results: *Age, fear of falling, presence of pain on movement and respiratory diseases were moderately associated with the decline for BADL and IADL. Fatigue and weakness and diseases of the circulatory system associated with decline in IADL.*

Conclusion: *It was possible to establish some of the prehospital factors associated with the decline in functional capacity in hospitalized elderly people.*

Keywords: *Daily activities; Hospitalization; Health of the elderly; Nurses improving care for health system elders; Nursing.*

PRE HOSPITAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE FUNCTIONAL DECLINE OF HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE**RESUMEN**

Objetivo: *identificar los factores prehospitalarios asociados con la disminución de la capacidad funcional en ancianos hospitalizados.*

Métodos: *Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, realizado en el Hospital Clínico Passo Fundo (RS), entre noviembre y diciembre de 2018. Una muestra de 56*

participantes, con preguntas sobre datos sociodemográficos, económicos y clínicos, escala de Barthel para evaluación. desde actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Lawton y Brody hasta actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Análisis descriptivo y comparación entre variables utilizando el software SPSS, versión 22.0, con $p < 0.05$.

Resultados: *la edad, el miedo a las caídas, el dolor de movimiento y las enfermedades respiratorias se asociaron moderadamente con la disminución de BADL y IADL. Fatiga y debilidad y enfermedades del sistema circulatorio asociadas con la disminución de IADL.*

Conclusión: *fue posible establecer algunos de los factores prehospitales asociados con la disminución de la capacidad funcional en ancianos hospitalizados.*

Palabras clave: *Actividades cotidianas; hospitalización; Salud del anciano; Cuidados de enfermería para ancianos hospitalizados; Enfermería.*

FACTORES PREHOSPITALARIOS ASOCIADOS CON LA DISMINUCIÓN FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

INTRODUÇÃO

A hospitalização é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional das pessoas idosas, podendo resultar na perda da independência e autonomia. O declínio funcional é caracterizado pela perda de capacidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), o que leva a uma menor qualidade de vida relacionada à saúde, maior utilização de serviços de saúde, maiores custos relacionados a saúde e morte precoce.¹

Nesta perspectiva, a pessoa idosa pode entrar em um ciclo no qual o declínio funcional leva à dependência, esta, por sua vez, leva à hospitalização, e a hospitalização pode acarretar em um declínio funcional mais severo. Alguns indivíduos, no momento da internação, mostram-se independentes para realização de ABVDs, ou seja, com independência funcional e, durante a hospitalização, caminham para o declínio na execução de algumas dessas atividades. Essa percepção justifica-se, parcialmente, pelas condições físicas decorrentes do agravamento de doenças, mas também pela própria hospitalização.²

A trajetória funcional em torno da hospitalização é um fenômeno complexo, incluindo dois segmentos de tempo diferentes. Nos dias que antecedem a internação, as pessoas idosas frágeis podem apresentar declínio funcional em resposta ao efeito incapacitante da doença aguda; após a admissão hospitalar, alguns melhoram sua função, outros permanecem estáveis, enquanto alguns sofrem declínio funcional. Assim, "pré-hospitalar" e "intra-hospitalar" resultam em alterações funcionais distintas, com o primeiro indicando a resposta funcional à doença aguda e este último refletindo uma combinação de fatores.^{3,4}

Frente ao exposto, considera-se essencial ao planejamento de cuidados, com vistas à manutenção/recuperação da capacidade funcional, conhecer os fatores que possam estar relacionados ao seu declínio nas pessoas idosas ao longo da internação hospitalar. Assim, realizou-se o presente estudo com o objetivo de identificar os fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte longitudinal prospectivo realizado nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (RS) (HCPF), entre os meses de novembro e dezembro de 2018. A coleta das informações foi diária, com a aplicação dos instrumentos junto aos participantes em encontros com duração média de 35 minutos. O primeiro contato demandava um tempo maior haja vista a apresentação da pesquisadora, apresentação do estudo e questões éticas, coleta dos dados sócio demográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, além dos relativos à funcionalidade.

Os critérios para inclusão no presente estudo foram: ser idoso (60 anos e mais), estar hospitalizado em uma das unidades de internação do HCPF em um período não superior à 24 horas para a realização da primeira coleta, ter como causa da internação condições clínicas e apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal ou, no caso de isso não ocorrer, contar com cuidador responsável que pudesse responder aos instrumentos.

Foram excluídos aqueles que não se adequaram aos critérios anteriormente estabelecidos, as pessoas idosas com tempo de internação menor que 48 horas, internadas com história de cirurgia pregressa recente (últimos 60 dias), internados para procedimentos cirúrgicos, pacientes em isolamento respiratório, pacientes internados em unidades fechadas, pacientes internados no Pronto Atendimento, Emergência e Unidade 3 (unidades que não forneciam condições de privacidade para a coleta das informações) e aqueles que não foram encontrados após 3 tentativas da pesquisadora.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, a qual consiste em selecionar uma amostra da população factível.⁵ Isto é, os participantes foram selecionados por estarem disponíveis no período da realização da coleta dos dados e por

se enquadrarem nos critérios estabelecidos para inclusão, desta forma, a seleção da amostra não apresentou um critério estatístico.

O instrumento para coleta de dados fora constituído de questionamentos relativos aos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos da pessoa idosa, pelas escalas de Barthel e escala de Lawton e Brody. A escala de Barthel, foi utilizada para avaliação da capacidade funcional relacionada as atividades básicas da vida diária (ABVD). Sua aplicação se deu no dia da inclusão do participante no estudo, no qual foram coletadas informações sobre dois momentos: Momento 0 (M_0) – informações quanto às ABVD referidas de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (M_1) – informações quanto às ABVD na ocasião da internação. Após, a escala foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação ($M_{2,3...}$) e na alta hospitalar (Momento final da avaliação de funcionalidade - M_F).

A escala de Barthel foi aplicada junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa. Este instrumento é composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Seu score é obtido por meio da soma de todos os pontos obtidos, com variação de 0-100, permite classificar a pessoa idosa como independente (100 pontos), com dependência leve (80 a 99), com dependência moderada (60 a 79 pontos), com dependência grave (45 a 59 pontos) e com dependência severa (<45 pontos).⁶

A escala de Lawton e Brody foi utilizada para a avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Da mesma forma que a escala de Barthel, a escala de Lawton e Brody foi aplicada junto aos pacientes ou, quando estes não possuíam

condições de respondê-la, junto aos cuidadores da pessoa idosa e as informações referiram-se a dois momentos: Momento 0 (*MO*) – informações quanto a execução de AIVD referida de 15 dias antes da internação (linha de base); e Momento 1 (*MI*) – informações quanto a realização de AIVD na ocasião da internação e na alta hospitalar (Momento final da avaliação das AIVD - *MF*).

A escala de Lawton e Brody não foi reaplicada a cada cinco dias decorridos da internação, uma vez que as atividades compreendem aquelas realizadas pela pessoa idosa em casa ou na comunidade e que, frequentemente, exigem interações mais complexas que as ABVD. Assim, foram consideradas as atividades que a pessoa idosa sentia-se capaz de realizar 15 dias antes da internação, na internação e no momento da alta hospitalar. Essa escala atinge uma pontuação máxima de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência. Desta forma, a pessoa idosa pode ser classificada como dependente (9 pontos), semidependente (10 a 18 pontos) e independente (19 a 27 pontos).⁶⁻⁷

Empregou-se análise descritiva para a caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e do nível funcional das pessoas idosas. Para as variáveis contínuas foram calculadas a média e o desvio-padrão e para as variáveis categóricas foram calculadas a frequência e percentual. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste *Shapiro Wilk*. A associação entre as variáveis pré-hospitalares idade, sexo, diagnóstico médico, número de comorbidades, polifarmácia, etilismo, tabagismo, dor ao movimento, fadiga/fraqueza e medo de quedas com a capacidade para a execução das ABVD e AIVD foi realizada por meio de teste não-paramétrico de *Mann-Whitney U* e correlação de *Spearman*. A correlação de *Spearman* foi avaliada mediante seu coeficiente (*p*) como forte (0,70 a 1,0), moderada (0,3 a 0,7) e fraca (0 a 0,3). No

processamento estatístico, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foi previamente fixado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Os aspectos éticos relacionados ao estudo, levaram em consideração a Resolução CONEP nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos.⁸ O projeto obteve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande nº. 2.976.483, CAAE: 95584418.7.0000.5324 de 22 de outubro de 2018. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, 501 pessoas idosas foram hospitalizadas nas unidades de internação do HCPF, no entanto, 445 deles foram excluídas do estudo por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, a amostra foi composta por 56 participantes

No tocante à idade às características sociodemográficas, econômicas e clínicas das pessoas idosas estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas dos participantes do estudo. Passo Fundo, RS, Brasil, 2018.

Características (N = 56)	n (%)
Idade (±DP)	72 (±8,26)
60-69 anos	20 (35,7%)
70-79 anos	24 (42,9%)
80 anos e mais	12 (21,4%)
Sexo	
Feminino	23 (41,1%)
Masculino	33 (58,9%)
Cor de pele	
Branca	45 (80,4%)
Negra	6 (10,7%)
Parda	5 (8,9%)
Estado civil	
Casado	38 (67,9%)
Viúvo	12 (21,4%)

Divorciado	4 (7,1%)
Solteiro	2 (3,6%)
Religião	
Católica	45 (80,4%)
Evangélica	7 (12,5%)
Outras	4 (7,2%)
Ocupação	
Aposentado	51 (91,1%)
Pensionista	1 (1,8%)
Exerce atividade remunerada	2 (3,6%)
Não exerce/exerceu atividade remunerada	2 (3,6%)
Escolaridade	
Sem instrução e menos de 1 ano	4 (7,1%)
1 - 3 anos	15 (26,8%)
4 - 7 anos	23 (41,1%)
8 - 10 anos	6 (10,7%)
11 -14 anos	5 (8,9%)
15 anos ou mais	1 (1,8%)
Não sabe informar	2 (3,6%)
Renda familiar mensal	
Até um salário mínimo	14 (25%)
1 - 3 salários mínimos	24 (42,9%)
4 - 6 salários mínimos	12 (21,4%)
7 - 9 salários mínimos	2 (3,6%)
Mais de 9 salários mínimos	4 (7,1%)

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Os dados relativos às características clínicas das pessoas idosas participantes do presente estudo encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Características clínicas dos participantes do estudo. Passo Fundo, RS, Brasil, 2018.

Características (N = 56)	n (%)
Diagnóstico Médico (CID-10)	
X Doenças do aparelho respiratório	14(25%)
II Neoplasmas	13 (23,2%)
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12 (21,4%)
VI Doenças do sistema nervoso	5 (9%)
IX Doenças do aparelho circulatório	5 (9%)
XIV Doenças do aparelho geniturinário	4 (7%)
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1 (1,8%)
XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1 (1,8%)
IX-Doenças do aparelho digestivo	1 (1,8%)
Comorbidade (±DP)	7,5 (±8,51)
Nega comorbidades	2 (3%)
1-3 comorbidades	24 (43%)
4-5 comorbidades	20 (36%)
≥5 comorbidades	10 (18%)
Consumo de álcool – ao menos 1 dose no mínimo 5 dias da semana	
Não	42 (75%)
Sim	1 (1,8%)
Já fez uso e parou	13 (23,2%)
Tabagismo	

Não	25 (44,6%)
Sim	8 (14,3%)
Já fez uso e parou	21 (37,5%)
Fumante passivo	2 (3,6%)
Medicamentos de uso contínuo	5,36 (±3,48)
Nega	3 (5%)
Sim	53 (95%)
Polifarmácia (5+ medicamentos uso contínuo)	30 (54%)
Limitantes da mobilidade	
Dor ao movimento	15 (26,7%)
Fadiga/fraqueza aos pequenos esforços	32 (57,1%)
Medo de cair	20 (35,7%)
Diagnóstico Médico (CID-10)	
X Doenças do aparelho respiratório	14(25%)
II Neoplasmas	13 (23,2%)
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12 (21,4%)
VI Doenças do sistema nervoso	5 (9%)
IX Doenças do aparelho circulatório	5 (9%)
XIV Doenças do aparelho geniturinário	4 (7%)
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1 (1,8%)
XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1 (1,8%)
IX-Doenças do aparelho digestivo	1 (1,8%)

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

As correlações referentes as variáveis do presente estudo, quais sejam idade, sexo, diagnóstico médico, número de comorbidades, polifarmácia, etilismo, tabagismo, dor ao movimento, fadiga/fraqueza e medo de quedas relacionadas às ABVD mensuradas pela escala de Barthel encontram-se relacionadas na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações referentes à idade, sexo, diagnóstico médico, número de comorbidades, polifarmácia, etilismo, tabagismo, dor ao movimento, fadiga/fraqueza e medo de quedas relacionadas às ABVD. Passo Fundo, RS, Brasil, 2018.

	Linha de base (M0)		Admissão (M1)		Intra-hospitalar (M2+M3+M4)		Alta hospitalar (MF)	
	Md	<i>p</i>	Md	<i>p</i>	Md	<i>p</i>	Md	<i>p</i>
ABVD								
Idade*	90	0,032	75	0,006	18,33	0,015	65	<0,001
Sexo**		<i>p</i> -237		<i>p</i> -0,366		<i>p</i> -0,492		<i>p</i> -0,528
de Barthel								
Masculino	90	0,096	75	0,316	25	0,145	70	0,471
Feminino	95		50		18,33		65	
Diagnóstico médico (CID-10)**								
Capítulo X								
Sim	95	0,006	50	0,013	25	0,509	70	0,003
Não	100		95		10,4		95	
Capítulo II								
Sim	100	0,4	90	0,945	23,33	0,254	95	0,520

Não	92,5		92,5		10,35		82,5	
Capítulo XVIII								
Sim	100		100		23,33		100	
Não	100	0,252	90	0,074	10,35	0,845	90	0,088
Capítulo VI								
Sim	90		90		2,85		90	
Não	100	0,974	90	0,339	23,33	0,188	90	0,872
Capítulo IX								
Sim	95		85		23,33		100	
Não	100	0,226	92,5	0,095	19,2	0,190	92,5	0,140
Outros								
Sim	100		100		15		95	
Não	95	0,927	90	0,627	14,5	0,713	90	0,916
Número de comorbidades **								
1 a 3								
Sim	90		50		18,33		65	
Não	95	0,571	82,5	0,726	23,33	0,952	62,5	0,162
4 a 5								
Sim	95		75		23,33		70	
Não	92,5	0,342	72,5	0,575	20,83	0,949	60	0,180
>5								
Sim	100		90		23,33		55	
Não	92,5	0,701	62,5	0,804	20,83	0,920	67,5	0,920
	67,5	0,371	58,3	0,764	9,59	0,641	58,3	0,512
Polifarmácia*								
		p -0,122		p -0,041		p -0,1		p -0,099
Etilismo**								
Sim	85		52,5		11,7		70	
Não	90	0,380	55	0,327	18,33	0,154	65	0,133
Tabagismo**								
Sim	87,5		65		9,17		60	
Não	90	0,751	47,5	0,503	13,35	0,943	40	0,645
Dor ao movimento**								
Sim	47,5		37,5		12,5		37,5	
Não	95	0,049	90	0,059	23,33	0,256	70	0,025
Fadiga/Fraqueza**								
Sim	87,5		52,5		10		60	
Não	95	0,201	82,5	0,057	25	0,904	75	0,002
Medo de quedas**								
Sim	85		5		0		45	
Não	100	<0,001	100	<0,001	33,33	0,002	95	<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

*Teste de correlação de Spearman.

**Teste *U de Mann-Whitney*.

Legenda: ρ = coeficiente de correlação de Spearman. ABVD = atividades básicas da vida diária. AIVD = atividades instrumentais da vida diária.

As correlações referentes as variáveis do presente estudo, quais sejam idade, sexo, diagnóstico médico, número de comorbidades, polifarmácia, etilismo, tabagismo,

dor ao movimento, fadiga/fraqueza e medo de quedas relacionadas às AIVD mensuradas pela escala de Lawton e Brody encontram-se relacionadas na Tabela 4.

Tabela 4. Correlações referentes à idade, sexo, diagnóstico médico, número de comorbidades, polifarmácia, etilismo, tabagismo, dor ao movimento, fadiga/fraqueza e medo de quedas relacionadas às AIVD. Passo Fundo, RS, Brasil, 2019.

	Linha de base (M0)		Admissão (M1)		Alta hospitalar (MF)	
	Md	<i>p</i>	Md	<i>p</i>	Md	<i>p</i>
Idade*	17,5	0,001	17,0 4	0,003	16,2	0,001
	<i>p</i> -0,436		<i>p</i> -0,395		<i>p</i> -0,442	
	Sexo**					
Masculino	17,05		17,5		16,5	
Feminino	18,5	0,321	17	0,762	17	0,471
	Diagnóstico médico (CID-10)**					
	Capítulo X					
Sim	8		8		8	
Não	19	0,007	18,5	0,004	18	0,001
	Capítulo II					
Sim	18		18		18	
Não	18	0,385	17	0,228	17	0,316
	Capítulo XVIII					
Sim	19		19		19	
Não	19	0,511	17	0,388	17	0,205
	Capítulo VI					
Sim	17,5		17,5		17,5	
Não	18,5	0,919	17	0,303	17	0,972
	Capítulo IX					
Sim	21		21		21	
Não	17	0,029	17	0,015	17	0,024
	Outros					
Sim	16		16		16	
Não	18	0,634	17	0,822	17	0,551
	Número de comorbidades **					
	1 a 3					
Sim	18,5		17		17,5	
Não	18	0,798	17,5	0,676	17	0,525
	4 a 5					
Sim	18		18		17	
Não	18	0,685	17	0,918	17	0,598
	>5					
Sim	19		19		17	
Não	18	0,574	17	0,337	17	0,723
	18,2	0,842	17,8	0,679	17,2	0,776
Polifarmácia*	<i>p</i> -0,027		<i>p</i> 0,057		<i>p</i> 0,04	
	Etilismo**					

Sim	18		18		17	
Não	18	0,143	17	0,133	17	0,133
Tabagismo**						
Sim	15		15		10	
Não	18	0,751	17	0,849	17	0,645
Dor ao movimento**						
Sim	14,5		14,5		13,5	
Não	19	0,022	19	0,042	17,5	0,025
Fadiga/Fraqueza**						
Sim	17		16		16	
Não	20	0,022	20	0,029	20	0,002
Medo de quedas**						
Sim	9		8		7	
Não	20	<0,001	19	<0,001	19	<0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

*Teste de correlação de Spearmann.

**Teste *U de Mann-Whitney*.

Legenda: ρ = coeficiente de correlação de Spearmann. ABVD = atividades básicas da vida diária. AIVD = atividades instrumentais da vida diária.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e econômicas dos participantes do estudo, permitem constatar que houve um predomínio de participantes com média de idade de 72,98 ($\pm 8,26$) anos, do sexo masculino, cor branca, estado civil casado, religião católica, aposentados, com ensino fundamental incompleto e com renda entre um e três salários mínimos. Resultados semelhantes referentes ao sexo, idade, cor da pele, ocupação, escolaridade e renda familiar mensal foram obtidos em estudo realizado sobre o perfil da capacidade funcional de pessoas idosas internadas em um serviço de emergência de um Hospital Universitário na cidade de Ribeirão Preto no estado de São Paulo.⁹

Em relação às características clínicas, as pessoas idosas do presente estudo, apresentaram um número médio de 7,5 ($\pm 8,51$) comorbidades. Quanto ao diagnóstico médico, de acordo com o CID-10, as doenças que mais acometeram os participantes foram as do capítulo X e II (doenças do aparelho respiratório e neoplasmas). A prevalência de diagnósticos relacionados às doenças do aparelho respiratório e neoplasias

estão associadas ao processo de envelhecimento populacional e o avanço das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Prevê-se que as mortes por DCNT aumentem para 52 milhões em 2030. No ano de 2012, as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes, foram responsáveis por 82% das mortes por DCNT no mundo. Aproximadamente 75% destas mortes ocorreram em países de baixa e média renda e 40% são consideradas mortes prematuras (antes dos 70 anos).¹⁰ Frente às comorbidades, 95% das pessoas idosas hospitalizadas faziam uso de algum medicamento de uso contínuo, a maior parte destes (54%), utilizando mais de 5 medicamentos, fato este que, quantitativamente, caracteriza a polifarmácia. O elevado número de fármacos representa um perigo potencial de reações adversas e interações medicamentosas, podendo elevar o risco de iatrogenias e até mesmo de óbito.¹¹

No que se refere às variáveis analisadas no que diz respeito ao segmento pré-hospitalar, no presente estudo, a idade dos participantes na admissão apresentou moderada associação com a perda da capacidade para a realização das ABVDs e AIVDs. Tal dado converge ao obtido em outro estudo¹², o qual elencou a idade como o fator de risco mais importante para o declínio funcional, uma vez que, mais de 50% dos pacientes com mais de 85 anos recebem alta hospitalar com uma nova dependência para as atividades da vida diária. Medo de quedas e presença de dor ao movimento foram outros dos fatores pré-hospitalares relacionados ao declínio das ABVDs e AIVDs.

Ainda, a fadiga e fraqueza, apresentaram associação com a perda de capacidade de execução das AIVDs. Sobre este aspecto, ressalta-se que estes fatores estão relacionados diretamente à imobilidade, pois, a pessoa idosa que relata medo de cair, que sente dor ao movimento e apresenta fadiga e fraqueza aos pequenos esforços possui uma tendência natural a manter-se no leito. Fisiologicamente, a imobilidade leva à diminuição

da força muscular e capacidade aeróbica, aumento da perda óssea e desenvolvimento de instabilidade vasomotora. Clinicamente, a imobilidade é um fator de risco para descondicionamento, delirium, eventos de aspiração, úlceras por pressão e quedas.¹³ O mesmo resultado fora obtido em outra pesquisa¹⁴ que observou moderada associação entre a mobilidade e as atividades de vida diária, afirmando que com a mobilidade prejudicada, houve declínio das ABVDs e das AIVDs.

Pesquisa⁹ em um serviço de emergência, mostrou que a maioria das pessoas idosas mencionou sentir dor, a maior parte crônica (61,7%). A dor está associada, principalmente, a desordens crônicas, como as doenças musculoesqueléticas, entre elas artrites e osteoporose. Ademais, o aumento na incidência de câncer, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras por pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas álgicas entre a população idosa.¹⁵ Nesse sentido, a pessoa idosa que sente dor tem prejuízo em suas atividades de vida diária⁹.

Brown¹⁶ demonstrou que a pessoa idosa ao longo da hospitalização utiliza 83% do tempo no leito enquanto apenas 4% ficam em pé ou deambulam. Promover a mobilidade na prática clínica diminui os resultados negativos de pessoas idosas associados à hospitalização, porém, são necessários procedimentos claros para avaliar, relatar, apoiar e promovê-la.¹⁴ A estimulação regular da caminhada pode contribuir para retardar a perda de mobilidade de idosos com demência ao longo da internação hospitalar. Nesse sentido a fim de aumentar a adesão a um regime de exercícios, os programas hospitalares devem integrar a mobilidade nas atividades cotidianas, por exemplo, estimulando os pacientes das enfermarias do hospital para caminharem até o local onde serão fornecidas as refeições.¹⁷

Estudos elencaram uma série de barreiras observadas no ambiente hospitalar que repercutem negativamente na funcionalidade das pessoas idosas.^{17,18} Entre as quais, as refeições fornecidas no leito, as orientações diferentes sobre se devem ou não sair do leito fornecidas pela equipe e a falta de locais de interesse que incentivem as pessoas a saírem de seus quartos. As precauções relativas às medidas de prevenção de quedas também foram apontadas como fatores que repercutem negativamente no desempenho funcional da pessoa idosa hospitalizada. Isso porque, as orientações das equipes acabam por ficar restritas aos riscos e perigos de quedas e às precauções extras durante a caminhada, com nenhuma ênfase na importância da mobilidade. Acrescenta-se a isso a questão do evento queda ser um forte indicador da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares, muito considerado pelas agências certificadoras. Desta forma, mesmo pacientes que poderiam andar independentemente, ficam restritos aos seus leitos.¹⁷

O diagnóstico de doenças do aparelho respiratório emergiram como variáveis relacionadas ao declínio da capacidade para realização das ABVDs e AIVDs e as doenças do aparelho circulatório associadas ao declínio da capacidade para as AIVDs. Destaca-se que dentro destas doenças, pode haver manifestação de fadiga e fraqueza, já que tais são sinais e sintomas inespecíficos e foram relatados pelos participantes do presente estudo. Em outro estudo as doenças do aparelho respiratório agudas foram relacionadas à experiência de declínio funcional pré-hospitalar.¹² Em particular, aproximadamente 36% dos idosos com pneumonia adquirida na comunidade apresentaram declínio funcional durante a hospitalização.³

A gravidade da doença é um forte determinante do declínio funcional pré-hospitalar, indicando uma vulnerabilidade funcional basal para as doenças agudas

(fragilidade); no mesmo estudo, essa vulnerabilidade pré-hospitalar foi o principal determinante da incapacidade associada à hospitalização com força estatística superior à gravidade da doença e à idade avançada.³ incapacidade associada à hospitalização, designada na literatura por HDA, sigla inglesa para *hospitalization associated disability*. A HDA é descrita como uma síndrome geriátrica, caracterizada pela incapacidade nova ou adicional nas ABVDs na alta hospitalar comparada ao nível basal de aproximadamente 15 dias antes da hospitalização (retrospectivamente medida na admissão).¹⁹

Destaca-se que as variáveis analisadas não são suficientes para o entendimento completo do impacto da hospitalização na capacidade funcional da pessoa idosa. Sugere-se que estudos mais abrangentes, em diferentes contextos com uma amostra aleatória, sejam realizados a fim de investigar outros aspectos, como estado nutricional, situações socioeconômicas e demais circunstâncias envolvidas no processo de hospitalização.

CONCLUSÃO

Por meio dos dados obtidos no presente estudo, foi possível identificar alguns dos fatores pré-hospitalares associados ao declínio da capacidade funcional em pessoas idosas hospitalizadas. Desta forma, é importante que a equipe multiprofissional observe a presença dos fatores mencionados na admissão hospitalar para que medidas preventivas possam ser adotadas com o intuito de antever, retardar e/ou minimizar perdas funcionais das pessoas idosas no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

1 Asmus-Szepesi KJ et al. Evaluation of the Prevention and reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2015 Mar; 10: 649–61. Disponível em:

<https://www.dovepress.com/evaluation-of-the-prevention-and-reactivation-care-program-precap-for-peer-reviewed-article-CIA>

2 Lourenço TM et al. Functional independence of long-living elderly at hospital admission. *Texto contexto - enferm.* 2014 Set; 23(3): 673-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300673&lng=en

3 Fimognari FL et al. The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients. *J Geront.* 2017 Jan; 72(1): 102–8. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/72/1/102/2629923#48626452>

4 Zaslavsky O, Zisberg A, Shadmi E. Impact of Functional Change Before and During Hospitalization on Functional Recovery 1 Month Following Hospitalization *J Geront.* 2015 Mar; 70(3): 381–86. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/70/3/381/572180>

5 Guimarães PRB. Métodos quantitativos estatísticos. Curitiba: IESDE Brasil SA; 2012. 252 p.

6 Lourenço RA, Perez M, Sanchez MAS. Escalas de avaliação geriátrica. In: Freitas EV et al. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 2339-60.

7 Palumbo MRB, Daussy MFS; Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria da Atenção Primária a Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso.* Tubarão: Copiart; 2011.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

9 Lage JSS et al. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(4):855-60. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/968>

10 World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease (NCDs) 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

11 Pereira KG et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2017 Abr-Jun; 20(2): 335-344. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>

12 Palleschi L, Fimognari FL, Pierantozzi A. Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2014; 14: 769-77. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12160>

13 Murphy EA. A key step for hospitalized elders: comment on "early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness". *Arch Intern Med.* 2011;

171: 268-9. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/416400>

14 Pereira EEB et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Ger Geront.* 2014 Jan-Mar; 17(1): 165-76. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>

15 Monteiro CR, Faro AC. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):719-24. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300024&script=sci_abstract&tlng=pt

16 Brown CJ et al. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57: 1660-65. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x>

17 Zisberg A et al. No one size fits all-the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the "WALK-FOR" study. *BMC Geriatr.* 2018 Apr; 91

(18):1-9. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0778-3>

18 Hastings SN et al. Assisted early mobility for hospitalized older veterans:

preliminary data from the STRIDE program. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Oct; 62 (11):

2180-84. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13095>

19 Palleschi L, Galdi F, Pedone C. Acute medical illness and disability in the elderly.

Geriatr Care. 2018 Mar-Oct; 4(7561):p. 62-64. Disponível em:

<https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7561/7734>

4.3 Artigo 3

Intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática da literatura*

Nursing interventions for maintenance / recovery of the functional capacity of the older person hospitalized: systematic review of literature

Intervenciones de enfermería para mantener / recuperar la capacidad funcional de los ancianos hospitalizados: revisión sistemática de la literatura

RESUMO: Objetivou-se realizar uma revisão sistemática buscando nas evidências científicas intervenções que possam ser desenvolvidas pela enfermagem com vistas à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, disponíveis no PUBMED, CINAHL, SCOPUS e WOS, sem delimitação temporal. As intervenções encontradas estão relacionadas ao estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado à pessoa idosa.

Palavras-chave: Atividades Cotidianas; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Enfermagem.

ABSTRACT: *This study aimed to carry out a systematic review looking for scientific evidence on interventions that can be developed by nursing to maintain / recover the functional capacity of the hospitalized elderly, available in PUBMED, CINAHL, SCOPUS and WOS, without temporal delimitation. The interventions found are related to general health, cognition and mood, functional performance, social support and organization of care for the elderly.*

Keywords: *Activities of Daily Living; Nurses Improving Care for Health System Elders; Nursing.*

* Artigo submetido à revista Kairós Gerontologia ISSN (print) 1516-2567 ISSN (eletrônico) 2176-901X

RESUMEN: *Este estudio tuvo como objetivo llevar a cabo una revisión sistemática en busca de evidencia científica sobre las intervenciones que la enfermería puede desarrollar para mantener / recuperar la capacidad funcional de los ancianos hospitalizados, disponible en PUBMED, CINAHL, SCOPUS y WOS, sin delimitación temporal. Las intervenciones encontradas están relacionadas con la salud general, la cognición y el estado de ánimo, el rendimiento funcional, el apoyo social y la organización de la atención a los ancianos.*

Palabras-clave: Actividades cotidianas; Cuidados de enfermería para ancianos hospitalizados; Enfermería.

Introdução

As pessoas idosas são as principais usuárias do sistema público de saúde quando consideradas as internações hospitalares (Caldas et al, 2013; Brasil, 2019). Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que no ano de 2018, no Brasil, 25,71% das hospitalizações no âmbito do SUS, ou seja, cerca de 3 milhões de internações ocorreram entre pessoas com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2019). No Rio Grande do Sul, com uma proporção de 17,6% de pessoas idosas na população, este grupo representou 33,72% do total de internações hospitalares (Brasil, 2019; Rio Grande do Sul, 2019).

As principais causas de hospitalização de pessoas idosas são as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças neurológicas, traumas, fraturas, infecções e transtornos mentais (Brasil, 2019). A elevada prevalência de hospitalizações entre pessoas idosas no âmbito do SUS deve-se a questões de ordem econômica e social, condições de saúde (número de morbidades e perda de peso) que sugerem uma baixa resolutividade dos serviços de atenção primária voltados para as necessidades desta população (Pagotto, *et al.*, 2013).

A hospitalização é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional das pessoas idosas, devido à perda de independência e de autonomia. O declínio funcional é caracterizado pela perda de capacidade para realizar atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), o que leva a uma menor qualidade de vida relacionada à saúde, maior utilização de serviços de saúde, maiores custos relacionados a saúde e morte precoce (Pimenta, *et al.*, 2015).

A dependência funcional representa um desafio, não somente porque as pessoas idosas tornam-se dependentes de outra pessoa e há um custo maior para o atendimento de suas demandas de saúde, mas também porque muitas são responsáveis financeiramente por suas famílias. Nessa perspectiva, medidas voltadas à manutenção e à recuperação da independência funcional e autonomia terão que revolucionar os modelos de cuidado, enfatizando a reabilitação e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar (Chaimowics, & Camargo, 2013). O atendimento hospitalar deve se centrar não apenas em tratar a doença que levou a internação, mas prestar uma assistência que propicie o restabelecimento/manutenção ou melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa e isto pode ser realizado por meio de intervenções de enfermagem (Asmus-szepesi, *et al.*, 2015).

Frente ao exposto, constitui-se como objetivo do presente trabalho realizar uma revisão sistemática buscando nas evidências científicas intervenções que possam ser desenvolvidas pela enfermagem com vistas à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. Os métodos para elaboração de revisões sistemáticas preveem: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise – não obrigatória); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados, seguindo os critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols* (PRISMA) (Galvão, Pansani & Harrad, 2015; Galvão, & Pereira, 2014).

Visando descrever os aspectos relativos às intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: *Quais as intervenções que a enfermagem pode desenvolver para promover a manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada?*

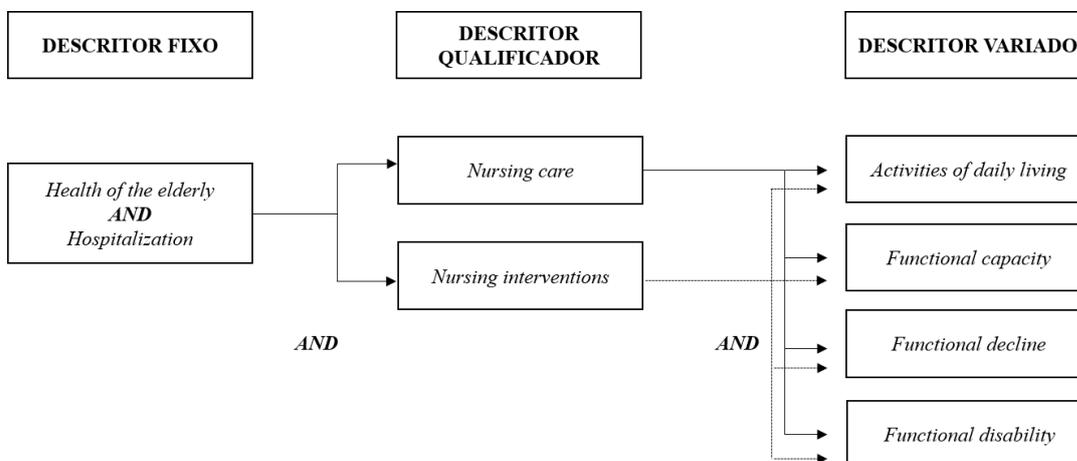
Na fase de busca na literatura foram rastreados os termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes do PICO, os quais foram combinados de vários modos. PICO representa um acrônimo para *Paciente*, *Intervenção*, *Comparação* e "Outcomes" (desfecho) (Pimenta, *et al.*, 2015). Os vocabulários de descritores controlados (padronizados) utilizados foram oriundos dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS BIREME). Já os descritores não controlados (palavras-chave) tiveram origem na experiência da pesquisadora relativa à temática. A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca fora estabelecida pelo operador "booleano" *AND*. Este termo permitiu realizar uma combinação restritiva dos descritores e palavras-chave utilizadas na busca.

Os dois primeiros descritores selecionados foram: *health of the elderly*/saúde do idoso; e *hospitalization*/hospitalização. Tais descritores são descritores controlados e foram utilizados de modo fixo em todas as pesquisas, portanto, foram aqui denominados de descritores fixos. Como à questão de pesquisa estava voltada às intervenções de enfermagem para a pessoa idosa, nas buscas foram utilizados os descritores qualificadores: *nursing care*/cuidados de enfermagem (descriptor controlado) e *nursing interventions* (descriptor não controlado).

Finalmente, foram inseridos descritores (controlados e não-controlados) relacionados à temática capacidade funcional, denominados nessa pesquisa como descritores variados: *activities of daily living*/atividades de vida diária (descriptor controlado); *functional decline*/declínio funcional (descriptor não controlado); *functional disability*/incapacidade funcional (descriptor não controlado); *functional capacity*/capacidade funcional (descriptor não controlado). Sabe-se que capacidade funcional contempla as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Entretanto, na lista de descritores contidas no DeCS, não encontramos um descriptor que contemplasse as atividades instrumentais, porém, essas estavam descritas em alguns dos artigos encontrados.

Para facilitar o entendimento do leitor, elaboramos um modelo explicativo do modo como os descritores fixos, descritores qualificadores e descritores variáveis foram utilizados em cada busca:

Figura 1. Modelo explicativo do emprego dos descritores utilizados na revisão sistemática. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Definidos os termos para a busca, foram selecionadas as fontes de informação a serem pesquisadas, neste estudo as bases de dados. Optou-se pela busca em bases de dados de materiais publicados na sua forma original (fontes primárias). As produções científicas foram averiguadas nas seguintes bases: *United States National Library of Medicine*, *National Institutes of Health* (PUBMED), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS e *Web of Science* (WOS).

A escolha destas bases de dados deu-se pelo vasto material científico nelas contido. O acesso às bases de dados foi realizado por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via *Virtual Private Network* (VPN) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, por via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe). Acesso: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

Fora respeitada a sequência PUBMED; CINAHL, SCOPUS e WOS a fim de facilitar a verificação e exclusão das produções repetidas. Foram incluídos nesta primeira seleção artigos completos, disponíveis na íntegra, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, indexados nos bancos anteriormente citados, a partir dos descritores fixos, qualificadores e variáveis estabelecidos, que respondessem à pergunta de pesquisa elaborada; não houve delimitação por período. Foram realizadas simultaneamente oito pesquisas em cada base de dados, totalizando 32 buscas por um único pesquisador. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Para facilitar

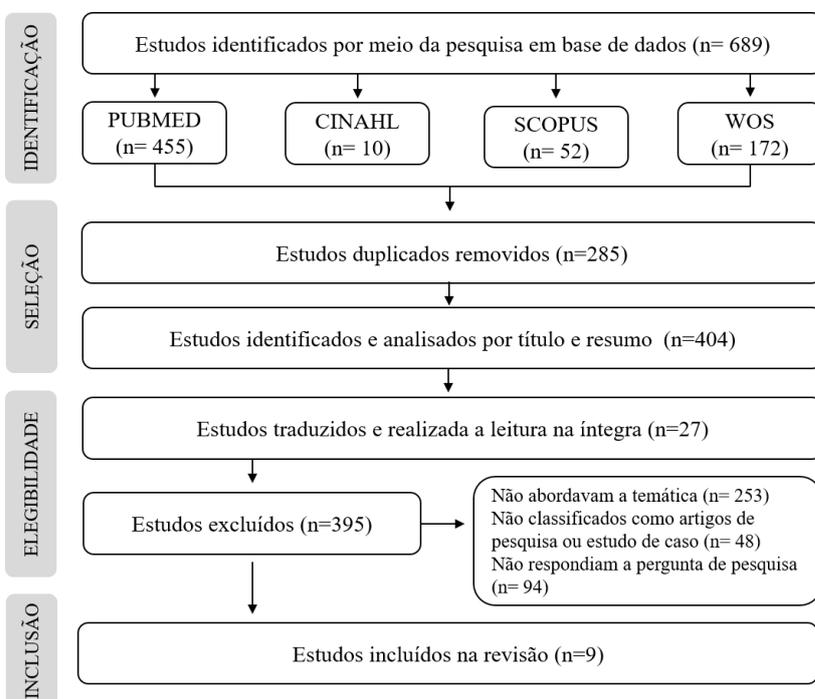
o gerenciamento das referências foi utilizado o software *EndNote* versão X9, eleito devido a sua disponibilidade na maioria das bases eletrônicas e por ser de fácil aplicação, auxiliando na importação e transferência dos estudos selecionados.

Resultados

Nessa primeira etapa da seleção foram listadas 689 referências, das quais 285 estavam repetidas e foram excluídas, restando para a análise posterior 404 artigos. A seleção dos artigos de interesse foi realizada primeiramente a partir da avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados. Quando o título e o resumo não eram suficientemente esclarecedores buscou-se o artigo na íntegra a fim de não correr o risco de deixar estudos importantes fora da revisão sistemática. Esta etapa da avaliação dos trabalhos identificados na busca inicial foi realizada pelo pesquisador principal e por um consultor *ad hoc* com conhecimento na área, de forma independente e cega durante os meses de fevereiro e março de 2019. Foram excluídas as produções com as seguintes características, de acordo com o protocolo de pesquisa previamente estabelecido: não abordavam a temática; não classificados como artigos de pesquisa ou estudo de caso; e, não respondiam a pergunta de pesquisa.

Na segunda fase, uniram-se os trabalhos selecionados individualmente pelo pesquisador (10) e pelo consultor (9), totalizando 9 artigos em comum inclusos na revisão sistemática da literatura (Figura 2). A segunda etapa da seleção dos artigos ocorreu no mês de abril e maio de 2019 e compreendeu a extração dos dados por meio de instrumento adaptado da *Cochrane handbook for systematic reviews of intervention* (Higgins, & Green, 2011).

Figura 2. Fluxograma de identificação e seleção dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os estudos que compuseram a amostra da revisão sistemática, ainda tiveram avaliadas sua validade, importância e aplicabilidade na amostra/população de interesse de acordo com o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). O sistema GRADE, foi elaborado com o objetivo de estabelecer critérios claros para avaliar a qualidade de evidências científicas e formular recomendações com base nos achados (Pimenta, *et al.*, 2015; Brasil, 2014).

A amostra final foi composta por 9 estudos primários conforme critérios de seleção propostos na revisão sistemática. Todos foram publicados na base de dados PUBMED no idioma inglês.

O quadro 1 apresenta os autores, título, data de publicação, periódico e fator de impacto dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura.

Quadro 1. Distribuição das referências incluídas na revisão sistemática de acordo com autores, título da produção, ano de publicação, periódico e fator de impacto*. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.

Autores	Título	Ano	Periódico/ Fator de Impacto
1. Zisberg, A., <i>et al.</i>	No one size fits all-the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the "WALK-FOR" study	2018	BMC Geriatrics/ 2.866
2. Burge, E., <i>et al.</i>	Does physical exercise improve ADL capacities in people over 65 years with moderate or severe dementia hospitalized in an acute psychiatric setting? A multisite randomized clinical trial	2017	International psychogeriatrics/ 2.261
3. Boltz, M., <i>et al.</i>	Testing family-centered, function-focused care in hospitalized persons with dementia	2015	Neurodegenerative disease management/ 2785
4. Mariano C., <i>et al.</i>	Geriatric Assessment of Older Adults With Cancer During Unplanned Hospitalizations: An Opportunity in Disguise	2015	The oncologist/ 5.306
5. Boltz, M., <i>et al.</i>	Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults	2014	Journal of the American Geriatrics Society/ 4.155
6. Hastings, S. N., <i>et al.</i>	Assisted early mobility for hospitalized older veterans: preliminary data from the STRIDE program	2014	Journal of the American Geriatrics Society/ 4.155
7. Lee, J. H., <i>et al.</i>	The effects of shared situational awareness on functional and hospital outcomes of hospitalized older adults with heart failure	2014	Journal of multidisciplinary healthcare/ -
8. Nolan, J. , & Thomas, S.	Targeted individual exercise programmes for older medical patients are feasible, and may change hospital and patient outcomes: a service improvement project	2008	BMC health services research/ 1.843
9. Cole, M. G., <i>et al.</i>	Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial	2006	Canadian Medical Association Journal/ 6.818

Fonte: Elaborado pelos autores.

* *Journal Citation Reports (JCR)*, 2017

Quanto ao ano de publicação, verificou-se a preocupação com essa temática a partir do ano 2006; atingindo o pico máximo em 2014 (33% n=3).

Com relação ao tipo de periódico, todos foram publicados em revistas internacionais, sendo 44% (n=4) em periódicos especializados em Gerontologia; 44% (n=4) em revistas de natureza multidisciplinar e 11% (n= 1) em revista de outras áreas da saúde. O quadro 2 traz os títulos periódicos e os seus respectivos fatores de impacto.

Quanto ao país de publicação dos artigos selecionados, 55% (n=5) foram publicados nos Estados Unidos, seguido de Suíça, Canadá, Austrália e Israel, com um trabalho cada.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, foram incluídos: 56% (n=5) estudos de coorte; 33% (n= 3) ensaios clínicos randomizados; e 11% (n=1) estudo caso-controle (Quadro 2).

Em relação à qualidade da evidência e força de recomendação, de acordo com o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE), 56% (n = 5) dos estudos foram avaliados com qualidade moderada e com força de recomendação forte, dispostos no quadro 2.

Com o intuito de padronizar as intervenções de enfermagem para as pessoas idosas hospitalizadas com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional, buscou-se utilizar a nomenclatura própria do corpo científico da enfermagem. Desta forma, as intervenções identificadas nos estudos foram, por semelhança, traduzidas para a taxonomia da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC). A NIC constitui-se como uma classificação abrangente padronizada das intervenções realizadas por enfermeiros. É adequada ao planejamento do cuidado, na documentação clínica, na comunicação sobre cuidado entre áreas, na integração de dados em sistemas e estabelecimentos, nas pesquisas, na mensuração de produtividade, na avaliação de competência, no ensino e no planejamento curricular. Uma intervenção é definida como qualquer tratamento, com base no julgamento e no conhecimento clínico, realizado pelo enfermeiro para melhorar os resultados do paciente (Bulechek, *et al.*, 2016). Com o objetivo de estruturar a posterior discussão, as intervenções foram categorizadas em cinco domínios, por semelhança de objeto, em: domínio estado geral de saúde, domínio cognição e humor, domínio desempenho funcional, domínio suporte social e, finalmente, organização do cuidado (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das referências incluídas na revisão sistemática de acordo com autores, tipo de estudo, amostra, qualidade da evidência e força de recomendação, intervenção NIC e domínio de intervenção. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.

Autores/ Tipo de estudo/Amostra*/ Qualidade da evidência e força de recomendação	Intervenção NIC	Domínio
1. Zisberg, A., <i>et al.</i>	- Avaliação de saúde - Educação em saúde	Estado geral de saúde
Estudo de coorte ni = 189 nc = - B2	- Aumento de segurança - Assistência no autocuidado - Controle do ambiente: segurança - Melhora da socialização - Promoção do exercício - Terapia com exercício: deambulação	Desempenho funcional

	- Promoção do envolvimento familiar - Desenvolvimento de protocolo de cuidados - Desenvolvimento de funcionários - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde	Suporte Social Organização do cuidado
2. Burge, E., <i>et al.</i> Ensaio clínico randomizado ni = 78 nc = 82 B2	- Avaliação de saúde	Estado geral de saúde
	- Controle do delírio - Monitorização neurológica	Cognição e humor
	- Assistência no autocuidado - Aumento de segurança - Melhora da socialização - Promoção do exercício: alongamento - Promoção do exercício: treino para fortalecimento - Terapia com exercício: deambulação - Terapia com exercício: equilíbrio	Desempenho funcional
3. Boltz, M., <i>et al.</i> Estudo de coorte ni = 88 nc = 84 B1	- Avaliação de saúde - Educação em saúde	Estado geral de saúde
	- Apoio emocional - Controle do Delírio - Escuta ativa - Estimulação cognitiva - Melhora do enfrentamento - Monitorização neurológica - Redução da ansiedade	Cognição e humor
	- Assistência no autocuidado - Controle do ambiente: segurança - Promoção do exercício	Desempenho funcional
	- Apoio ao cuidador - Mobilização familiar	Suporte social
	- Desenvolvimento de funcionários - Plano de alta	Organização do cuidado
4. Mariano, C., <i>et al.</i> Estudo de caso-controle ni = 90 nc = - C1	- Avaliação de saúde	Estado geral de saúde
	- Estimulação cognitiva	Cognição e humor
	- Assistência no autocuidado - Prevenção contra quedas - Promoção do exercício	Desempenho funcional
	- Desenvolvimento de funcionários - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde	Organização do cuidado
5. Boltz, M., <i>et al.</i> Estudo de coorte ni = 92 nc = 98 B1	- Avaliação de saúde - Educação em saúde	Estado geral de saúde
	- Apoio emocional - Apoio à tomada de decisão - Escuta ativa - Estimulação cognitiva - Redução da ansiedade	Cognição e humor
	- Assistência no autocuidado - Controle do ambiente: segurança - Promoção do exercício	Desempenho funcional
	- Apoio ao cuidador - Mobilização familiar	Suporte social

	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de alta - Desenvolvimento de funcionários - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde 	Organização do cuidado
6. Hastings, S. N., <i>et al.</i> Estudo de coorte ni = 92 nc = 35 C2	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de saúde - Educação em saúde 	Estado geral de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência no autocuidado - Aumento de segurança - Promoção do exercício - Terapia com exercício: deambulação - Terapia com exercício: equilíbrio 	Desempenho funcional
	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização familiar 	Suporte social
	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de protocolo de cuidados multidisciplinares - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde 	Organização do cuidado
7. Lee, J. H., <i>et al.</i> Ensaio clínico randomizado ni = 473 nc = 475 A1	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de saúde 	Estado geral de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência no autocuidado - Promoção do exercício 	Desempenho funcional
	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde 	Organização do cuidado
8. Nolan, J., & Thomas, S. Estudo de coorte ni = 196 nc = 24 B2	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de saúde 	Estado geral de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência no autocuidado - Aumento de segurança - Melhora da socialização - Promoção do exercício - Promoção do exercício: treino para fortalecimento - Terapia com exercício: deambulação - Terapia com exercício: equilíbrio 	Desempenho funcional
9. Cole, M. G., <i>et al.</i> Ensaio clínico randomizado ni = 33 nc = 31 C1	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de saúde - Educação em saúde 	Estado geral de saúde
	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio emocional - Escuta ativa 	Cognição e humor
	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência no autocuidado 	Desempenho funcional
	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização familiar - Promoção do desenvolvimento familiar 	Suporte social
	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares - Troca de informações sobre cuidados de saúde 	Organização do cuidado

Fonte: Elaborada pelos autores.

* *Legenda:* ni: grupo intervenção nc: grupo controle

Discussão

No que tange às intervenções propostas nos estudos e a correspondente intervenção dentro da taxonomia das intervenções de enfermagem, estão as relacionadas

ao estado geral de saúde da pessoa idosa. Sobre este aspecto, a totalidade dos estudos enfatizaram a necessidade de uma avaliação sistematizada e criteriosa da saúde da pessoa idosa no planejamento de intervenções que possam trazer benefícios à funcionalidade. Além disso, fora dada ênfase à participação da pessoa idosa no planejamento terapêutico por meio da incorporação de ações de educação para a saúde na prática cotidiana dos profissionais no ambiente hospitalar. Envolver pacientes em planos de cuidado individualizados, que enfoquem o autocuidado e a atividade dentro do ambiente hospitalar, melhora o desempenho nas atividades de vida diária e a recuperação/manutenção cognitiva (Boltz, *et al.*, 2015).

Outro aspecto analisado pelos estudos diz respeito à cognição e humor, os quais destacaram a avaliação cognitiva e o controle do delírio como determinantes na elaboração de planos de cuidado individualizados. Ações voltadas à escuta ativa, estimulação cognitiva, redução da ansiedade e apoio emocional às pessoas idosas e seus cuidadores trazem benefícios à funcionalidade do paciente ao longo da internação hospitalar e posteriormente no domicílio. Estudo direcionado às pessoas idosas com demência e seus cuidadores por meio da implantação da Intervenção Centrada na Família e Cuidados Centrados na Função (Fam-FFC) demonstrou que intervenções que utilizam uma estrutura ecológica social que reconhece o comportamento intrapessoal, interpessoal, fatores ambientais e políticos que influenciam resultados funcionais trazem efeitos significativos relativos à gravidade do delirium no ambiente hospitalar. A intervenção foi associada a uma diminuição significativa na gravidade do delirium global da admissão até duas semanas e dois meses após a alta (Boltz, *et al.*, 2014).

O desempenho funcional foi o objeto de intervenção de 44% (n= 4) dos estudos analisados. Promover a mobilidade na prática clínica diminui os resultados negativos de pessoas idosas associados à hospitalização, porém, são necessários procedimentos claros para avaliar, relatar, apoiar e promovê-la (Zisberg *et al.*, 2018). A estimulação regular da caminhada pode contribuir para retardar a perda de mobilidade de idosos com demência ao longo da internação hospitalar. Nesse sentido a fim de aumentar a adesão a um regime de exercícios, os programas hospitalares devem integrar a mobilidade nas atividades cotidianas, por exemplo, estimulando os pacientes das enfermarias do hospital para caminharem até o local onde serão fornecidas as refeições. Desta forma, o exercício pode ser visto como um subproduto de uma atividade mais significativa e pode ser facilmente

continuado quando os pacientes retornarem ao seu local de residência anterior. Este mesmo estudo, o qual instituiu um programa de exercícios, contemplando aquecimento, alongamento, força, flexibilidade, caminhada e treinamento de equilíbrio, mostrou uma diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle relacionada à função continência. No grupo experimental, a perda da continência vesical e intestinal foi de -0,162 e -0,003, respectivamente, enquanto no grupo controle as perdas foram de -0,600 e -0,344 (Bürge, *et al.*, 2016).

Os programas de caminhada supervisionadas podem ser mais eficazes se combinados com mudanças no ambiente cultural e adaptações físicas relativas à segurança no âmbito hospitalar (Hastings, *et al.*, 2014). Os programas de atividades durante a internação hospitalar, ainda trazem como benefícios o aumento da segurança na execução das atividades e a socialização das pessoas idosas, uma vez que acompanham a concepção da prática em pequenos grupos (Bürge, *et al.*, 2016). O estímulo às atividades de autocuidado promove a segurança da pessoa idosa hospitalizada e retardam o declínio funcional. A equipe de enfermagem e cuidadores devem servir como ferramentas de apoio e não de simples execução nas atividades básicas de vida diária, como forma de não estimular a dependência de cuidados (Boltz, *et al.*, 2015).

Estudos elencaram uma série de barreiras observadas no ambiente hospitalar que repercutem negativamente na funcionalidade das pessoas idosas. Entre as quais, as refeições fornecidas no leito, as orientações diferentes sobre se devem ou não sair do leito fornecidas pela equipe e a falta de locais de interesse que incentivem as pessoas a saírem de seus quartos. As precauções relativas às medidas de prevenção de quedas também foram apontadas como fatores que repercutem negativamente no desempenho funcional da pessoa idosa hospitalizada. Isso porque, as orientações das equipes acabam por ficar restritas aos riscos e perigos de quedas e às precauções extras durante a caminhada, com nenhuma ênfase na importância da mobilidade. Acrescenta-se a isso a questão do evento queda ser um forte indicador da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares, muito considerado pelas agências certificadoras. Desta forma, mesmo pacientes que poderiam andar independentemente, ficam restritos aos seus leitos (Zisberg, *et al.*, 2018).

O suporte social fora abordado sob diferentes aspectos pelos estudos. O apoio da família é determinante na funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada. A família pode

servir como facilitadora ou não no que tange a funcionalidade no ambiente hospitalar, a depender da disponibilidade das informações sobre sua importância e sobre a forma de promovê-la (Zisberg, *et al.*, 2018). Ainda com relação à família, esta pode desempenhar um papel vital na avaliação, prestação de cuidados e tomada de decisões quando a pessoa idosa com demência é hospitalizada (Boltz, *et al.*, 2015). O cuidador familiar pode servir como recurso inestimável para promover o engajamento do paciente na funcionalidade e atividade física. A Teoria da Autorregulação oferece a perspectiva teórica de que o entendimento do familiar cuidador acerca da condição do paciente, particularmente em relação à funcionalidade e ao delírio, pode fortalecer as habilidades de enfrentamento do cuidador familiar e assegurar respostas afetivas ao receptor do cuidado. O suporte efetivo acerca da função do cuidador familiar (por meio de informações, educação e engajamento na tomada de decisão) está associada a uma melhor preparação para assumir o papel de cuidador, melhor qualidade de relacionamento com o receptor do cuidado (reciprocidade), e menor dificuldade percebida em realizar o papel de cuidador (tensão de papel) (Boltz, *et al.*, 2015).

Preservar a funcionalidade tem um impacto importante na carga de trabalho dos cuidadores, uma vez que a perda da capacidade para a realização das atividades de vida diária aumenta o risco da pessoa idosa ser institucionalizada (Bürge, *et al.*, 2016). Uma fonte de estresse para o cuidador familiar é a preocupação de que a pessoa idosa terá maior dependência de cuidados na alta hospitalar. Nesse sentido, as pessoas idosas que participaram da implementação da intervenção Fam-FFC tiveram melhor desempenho nas atividades básicas de vida diária ($F(2,3) = 3,3$, $P = 0,03$), com melhora evidente 2 meses após a alta com retorno ao desempenho inicial (Boltz, *et al.*, 2015). Em outro estudo, a porcentagem de cuidadores experimentando ansiedade no grupo controle aumentou de 16% na admissão ($n = 12$) para 34% ($n = 16$) ($p = 0,01$) na alta e diminuiu de 36% ($n = 18$) para 22% ($n = 11$) ($p < 0,001$) no grupo de intervenção. Os escores de depressão diferiram significativamente entre os grupos ($F(2,1) = 4,4$, $P = 0,01$). A porcentagem de cuidadores no grupo Fam-FFC caiu de 22% ($n = 11$) na admissão para 10% ($n = 5$) na alta e 2 meses após a alta ($P < .001$), enquanto no grupo controle experimentou depressão aumentada de 11% ($n = 5$) a 13% ($n = 6$) ($p = 0,02$) (Boltz, *et al.*, 2014).

Finalmente, outro ponto importante na manutenção/recuperação da capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas indicado pelas investigações analisadas, diz respeito à organização do cuidado nas instituições hospitalares. É fundamental o maior preparo e educação de todos aqueles que proveem cuidados às pessoas idosas (Mariano et al, 2015). Na mesma linha são necessárias políticas de educação continuada, treinamento e motivação da equipe de enfermagem no cuidado à pessoa idosa com foco na funcionalidade (Boltz, *et al.*, 2015). É preciso a implantação de processos claros e estruturados por meio de protocolos assistenciais para que seja facilitada a mobilidade das pessoas idosas no ambiente hospitalar (Bürge, *et al.*, 2016). Os protocolos dirigidos por enfermeiros caracterizam-se como o melhor recurso para a manutenção/recuperação da capacidade funcional dos pacientes no ambiente hospitalar (Hastings, *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, destaca-se a importância das listas de verificação de alta e a presença de profissionais responsáveis pelo seu gerenciamento para a orientação de pacientes e cuidadores. O trabalho multidisciplinar e a troca de informações entre a equipe também foram citados pelos estudos por fornecerem subsídios para uma assistência hospitalar qualificada à pessoa idosa hospitalizada. Sobre este aspecto, um estudo realizou a implantação de uma intervenção de Consciência Situacional Compartilhada com o objetivo de melhorar a comunicação interpessoal entre a equipe de saúde por meio de reuniões multidisciplinares. Como resultado, a incapacidade funcional na alta hospitalar foi menor no grupo de intervenção (28%) do que no grupo controle (37%; RR = 0,74; IC 95%, 0,35-0,97; P = 0,026) (Lee, *et al.*, 2014).

Conclusão

Alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem repercutir em diferentes aspectos da vida do ser que envelhece. Neste contexto, a partir da revisão sistemática da literatura realizada, ficou evidente a importância de intervenções com vista às atividades básicas de vida diária e cognição na preservação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada. Foram destaque as intervenções relacionadas ao estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado.

Sobre as intervenções que podem ser desenvolvidas, foi apontada a relevância da avaliação do estado de saúde geral da pessoa idosa desde a internação até o momento da alta hospitalar, contemplando instrumentos para avaliação clínica e prognóstica e práticas de educação em saúde aos pacientes e cuidadores/familiares. Neste contexto, devem estar ainda incorporadas as avaliações da cognição e humor, com destaque à avaliação cognitiva e o controle do delírio na elaboração de planos de cuidado individualizados.

O desempenho funcional foi o objeto de intervenção de grande parte da amostra. De forma geral os autores revelam que a mobilidade na prática clínica diminuiu os resultados negativos de pessoas idosas associados à hospitalização. Para isso, a fim de aumentar a adesão a um regime de exercícios, os programas hospitalares devem integrar a mobilidade nas atividades cotidianas e corrigir barreiras que possam repercutir negativamente na funcionalidade, tais como refeições no leito, orientações diferentes dos profissionais sobre mobilidade, orientações sobre prevenção de quedas que promovam a imobilidade como solução e falta de locais de interesse que incentivem as pessoas a saírem de seus quartos.

O apoio da família também é determinante na funcionalidade evidenciando que a perda da capacidade para a realização das atividades de vida diária aumenta o risco de institucionalização. Outro ponto importante na manutenção/recuperação da capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas, indicado pelas investigações analisadas, diz respeito à organização do cuidado nas instituições hospitalares. Foram destaques as políticas de educação continuada, a implantação de processos claros e estruturados por meio de protocolos assistenciais voltados à manutenção da funcionalidade e a importância do planejamento e sistematização da alta hospitalar. O trabalho multidisciplinar e a troca de informações entre a equipe também foram citados pelos estudos como intervenções que favorecem à funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada.

Por fim a revisão sistemática ora realizada, revela que para o desenvolvimento de intervenções com foco na capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada os modelos de cuidados deverão ser transformados. A partir da análise, fica evidente que a adoção de intervenções deve integrar ações públicas e institucionais aos mecanismos de suporte familiar para que possam efetivamente impactar de forma positiva na manutenção/recuperação funcional da pessoa idosa hospitalizada. O(a) enfermeiro(a) necessita, por sua vez, de conhecimento na área do envelhecimento humano para que

assim esteja subsidiado para atender as demandas específicas desta população. Frente a tal colocação, espera-se que este estudo possa contribuir, para a instrumentalização do(a) enfermeiro(a) que atua na área hospitalar para que vislumbre a manutenção/recuperação da capacidade funcional como um importante indicador da qualidade assistencial, mas, principalmente, como um componente fundamental no esforço pela preservação da autonomia e independência da pessoa idosa.

Como limitações do presente estudo, estão a inclusão somente de publicações internacionais, conduzidas em países desenvolvidos. Isso se justifica pela diferença no que tange o nível econômico, mas também pelas questões socioculturais. Somado a isso, de acordo com o critério cronológico estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. Ademais, a amostra não contemplou trabalhos específicos e voltados para a área da enfermagem. Estudos que ampliem o escopo desta revisão podem contribuir para maior compreensão do tema.

Referências

Asmus-szepesi, K.J., *et al.* Evaluation of the Prevention and reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. *Clinical In Aging*. 2015 mar; 10: 649-61. Recuperado em 18 dezembro, 2018, de : <https://www.dovepress.com/evaluation-of-the-prevention-and-reactivation-care-program-precap-for-peer-reviewed-article-CIA#>

Boltz, M., *et al.* Testing family-centered, function-focused care in hospitalized persons with dementia. *Neurodegenerative Disease Management*. 2015 Jun; 5 (3): 203-15. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: https://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/nmt.15.10?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=nmt

Boltz, M., *et al.* Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014 Dez; 62 (12): 2398-407. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13139>

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Informações de Saúde - TABNET. *Assistência à Saúde*. Produção Hospitalar – SIH/SUS. Brasília (DF): DATASUS; 2019. Recuperado em 20 junho, 2019, de: <http://tabnet.datasus.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. *Sistema GRADE*: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de

decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 72 p. Recuperado em 08 junho, 2018, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf

Bulechek, G.M., *et al.* *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 6^a.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

Bürge, E. *et al.* Does physical exercise improve ADL capacities in people over 65 years with moderate or severe dementia hospitalized in an acute psychiatric setting? A multisite randomized clinical trial. *International Psychogeriatrics*. 2016 Nov; 29 (2): 323-32. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/does-physical-exercise-improve-adl-capacities-in-people-over-65-years-with-moderate-or-severe-dementia-hospitalized-in-an-acute-psychiatric-setting-a-multisite-randomized-clinical-trial/1751E76DE9C381D2E8FA25A783B96411>

Caldas, C.P., *et al.* Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciência e saúde coletiva*. 2013 Dez, 18 (12): 3495-506. Recuperado em 22 agosto, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200006&lng=en.

Chaimowics, F., & Camargo, M.C.S. Envelhecimento e saúde no brasil. In: Freitas EV *et al* (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3^a.ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.p. 74-96.

Cole, M.G., *et al.* Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*. 2006 Jan; 174 (1): 38-44. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <http://www.cmaj.ca/content/174/1/38.long>

Galvão, T.F., Pansani, T.S.A., & Harrad, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015;24(2):335-42. Recuperado em 24 março, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335

Galvão, T.F., & Pereira, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014 Mar; 23(1): 183-84. Recuperado em 22 março, 2018, de: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt.

Hastings, S.N., *et al.* Assisted early mobility for hospitalized older veterans: preliminary data from the STRIDE program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014 Out; 62 (11): 2180-84. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13095>

Higgins, J.P.T., & Green, S. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. Recuperado em 22 março, 2018, de : www.cochrane-handbook.org.

Lee, J.H., *et al.* The effects of shared situational awareness on functional and hospital outcomes of hospitalized older adults with heart failure. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2014 Jul; 7: 259-65. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <https://www.dovepress.com/the-effects-of-shared-situational-awareness-on-functional-and-hospital-peer-reviewed-article-JMDH>

Mariano, C., *et al.* Geriatric Assessment of Older Adults With Cancer During Unplanned Hospitalizations: An Opportunity in Disguise. *The Oncologist*. 2015 Jun 62: 767-72. Recuperado em 02 fevereiro, 2019, de: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/20/7/767.long>

Nolan J., & Thomas, S. Targeted individual exercise programmes for older medical patients are feasible, and may change hospital and patient outcomes: a service improvement project. *BMC health services research*. 2008 Dec; 252 (8). Recuperado em 20 janeiro, 2019, de: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-250>

Pagotto, V., *et al.* Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2013 Out; 18(10): 3061-70. Recuperado em 22 março, 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000031&lng=en.

Pimenta, C.A.M., *et al.* *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN-SP; 2015. 50 p. Recuperado em 19 abril, 2018, de: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

Rio Grande do Sul. Fundação Estadual de Estatística. *Estimativas populacionais*. Recuperado em 23 junho, 2019, de: <https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/>Acesso em: 22 jun. 2019.

Zisberg, A., *et al.* No one size fits all-the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the "WALK-FOR" study. *BMC Geriatrics*. 2018 Apr; 91 (18):1-9. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0778-3>

4.4 Artigo 4

Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada*

Resumo

Objetivo: elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial com intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional. **Método:** estudo metodológico no qual foi adotado o modelo teórico-metodológico constituído pelo: refinamento de questões; realização de revisão sistemática; elaboração de recomendações; programação da atualização; e, revisão por especialistas (validação de conteúdo). O protocolo elaborado foi avaliado por 7 juízes especialistas com a utilização da técnica Delphi e cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item e global considerando-se a clareza, coerência e relevância do instrumento. Para o tratamento estatístico foi utilizado o aplicativo *Google Forms*. Após, os dados foram inseridos no programa SPSS 20.0. **Resultados:** o protocolo assistencial constitui-se de cinco domínios de intervenção: estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado. No processo de validação de conteúdo o protocolo atingiu IVC 1, sendo assim considerado válido. **Conclusão:** o protocolo elaborado e validado mostrou-se como ferramenta relevante para a prática clínica de enfermagem na atenção hospitalar, uma vez que poderá permitir ao enfermeiro alcançar a autonomia profissional baseada no raciocínio técnico-científico com efeito positivo na assistência à pessoa idosa no que tange sua funcionalidade.

Descritores: Atividades Cotidianas; Hospitalização; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Saúde do Idoso; Enfermagem.

Descriptors: Daily Activities; Hospitalization; Methodological Research in Nursing; Health of the Elderly; Nursing.

Descriptores: Actividades cotidianas; Hospitalización; Investigación Metodológica en Enfermería; Salud del Anciano; Enfermería.

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, torna-se um desafio, instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população

* Artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem ISSN 1518-8345

idosa.⁽¹⁾ Ademais, os profissionais que atendem as demandas de saúde desta população devem compreender que o conceito de saúde na velhice deve ser definido a partir da capacidade de realizar aspirações e de satisfazer as necessidades, e não simplesmente como a ausência de doenças. A maioria dos idosos convive com doenças ou disfunções orgânicas, que, na maior parte das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou restrição da participação social.⁽²⁾ Assim, o foco da atenção à saúde da pessoa idosa deve estar relacionado à funcionalidade global do indivíduo também denominada capacidade funcional.

A doença aguda e a hospitalização são eventos importantes na trajetória que leva ao declínio da capacidade funcional da pessoa idosa. Estima-se que 35% das pessoas idosas diminuem a capacidade para a realização das atividades básicas de vida diária no período de 15 dias antes da doença aguda que as levou à hospitalização até a alta hospitalar. Essa taxa pode aumentar para 50% em pessoas com 85 anos ou mais.⁽³⁾ Entre os eventos negativos associados ao declínio funcional das pessoas idosas estão a predisposição à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, reinternação hospitalar, problemas de mobilidade e morte.^(4,5) Um ano após a alta, menos da metade das pessoas idosas recuperou o nível de funcionamento pré-doença e os índices de reinternação e morte são altos.⁽⁶⁾

Nesse sentido, o (a) enfermeiro (a) que atua no cenário hospitalar tem papel fundamental na avaliação funcional da pessoa idosa e no desenvolvimento de intervenções que visem à manutenção/recuperação de sua capacidade funcional. Entre os instrumentos que podem contribuir para este fim estão os protocolos assistenciais. Entende-se por protocolo a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado,

conduzindo os profissionais nas decisões de intervenção para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.⁽⁷⁾

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são dispositivos legais, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, o que lhes confere característica de instrumentos tecnológicos que favorecem e organizam as condições para a realização do cuidado.^(7,8) É crescente a utilização da metodologia de elaboração de protocolos nas pesquisas na área da enfermagem, fato este que demonstra a aceitação e reconhecimento da importância dessa abordagem.⁽⁹⁻¹⁴⁾ Contudo, é relevante a discussão sobre como os protocolos estão sendo desenvolvidos para que fiquem claros seus percursos metodológicos e assim seja assegurada a qualidade dos mesmos.⁽¹⁵⁾

Frente ao exposto, constitui-se como objetivo do presente trabalho elaborar e validar um protocolo assistencial com intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional.

Método

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa realizado entre os meses de janeiro e julho de 2019. No presente trabalho adotou-se o modelo teórico-metodológico⁽¹⁶⁾ que propõe que o processo de desenvolvimento de um protocolo deve seguir oito pontos importantes: refinar questões; realizar uma revisão sistemática; elaborar recomendações; programar a atualização do protocolo; revisão por especialistas (validação de conteúdo); planejar a disseminação do protocolo; aprovação do texto; e,

implantação. No presente estudo, foram utilizados os cinco primeiros passos, uma vez que o objetivo proposto foi o de elaborar e validar o conteúdo desenvolvido.

Com o intuito de subsidiar a elaboração do protocolo assistencial de enfermagem voltado à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de buscar nas evidências científicas intervenções que pudessem ser desenvolvidas pela enfermagem com vistas à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, disponíveis no PUBMED, CINAHL, SCOPUS e WOS, sem delimitação temporal. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: *health of the elderly*/saúde do idoso; *hospitalization*/hospitalização; *nursing care*/cuidados de enfermagem; e, *activities of daily living*/atividades de vida diária. Os descritores não controlados utilizados foram: *functional disability*/incapacidade funcional; *functional capacity*/capacidade funcional; *nursing interventions*/intervenções de enfermagem; *functional decline*/declínio funcional. Realizaram-se diferentes equações de busca com os descritores citados. Posteriormente, os artigos foram submetidos à avaliação crítica dos pesquisadores, sendo utilizada a classificação em níveis de evidência de acordo com o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).⁽¹⁷⁾

As intervenções encontradas na literatura foram traduzidas para a taxonomia da enfermagem na forma de intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*).⁽¹⁸⁾ A partir das intervenções, foram estabelecidos os resultados de enfermagem de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*).⁽¹⁹⁾

Na etapa de validação de conteúdo, a amostragem para a seleção dos juízes especialistas da área da saúde, foi composta por intencionalidade, em função da aderência à área do estudo, realizada por meio da busca de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq); no envio de mensagem eletrônica aos membros do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); em postagem do convite de participação na pesquisa realizada no grupo de um aplicativo de mensagem instantânea ligados aos membros da DCEG da ABEn; e, no envio de mensagem eletrônica aos egressos do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da FURG no curso de Doutorado, com teses disponíveis no site do Programa com temáticas relacionadas diretamente à saúde da pessoa idosa. Após a manifestação dos interessados, foram selecionados aqueles que apresentaram escores maior ou igual a 5 pontos com base no sistema de pontuação proposto por Fehring (Quadro 1).^(20,21)

Quadro 1. Critérios para seleção de juízes especialistas. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Mestre em enfermagem	1
Doutor em enfermagem	2
Dissertação na saúde do idoso	1
Tese na saúde do idoso	2
Produção de artigo na área da saúde do idoso em periódico <i>qualis</i> ≥ B2	1
Pesquisa/Projeto de extensão na área de saúde do idoso nos últimos 2 anos	1
Ministra disciplina na área da saúde do idoso	2
Experiência profissional (mínimo de 1 ano) como enfermeiro na assistência ao idoso hospitalizado/Especialização em saúde do idoso	2

Fonte: Lira; Lopes, 2011; Fehring, 1987 (adaptado)

Aos juízes especialistas selecionados, foi disponibilizada por meio do aplicativo *Google Forms* o formulário destinado à validação de conteúdo. Este, foi elaborado com a finalidade de avaliar a clareza, coerência e relevância dos itens e do protocolo como um todo. Na avaliação, cada juiz especialista deveria pontuar o grau de concordância a partir de uma escala do tipo Likert com os seguintes pontos: (0) discordo veementemente, (1) discordo, (2) não concordo nem discordo, (3) concordo e (4) concordo inteiramente. Os

juízes também deveriam designar, de forma escrita, sugestões a fim de que os itens pudessem ser melhorados.

O método utilizado nesta etapa foi o Delphi, operacionalizado por meio de sucessivas rodadas de questionários, aplicados ao grupo de juízes especialistas⁽²²⁾, utilizando como parâmetro de concordância o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC é calculado dividindo-se o número de juízes que julgaram como “concordo/concordo inteiramente” pelo total de juízes (avaliação por item), resultando na proporção de juízes que julgaram o item válido. Para calcular o IVC geral do instrumento foi realizada a soma de todos os IVC calculados separadamente, dividido pelo número de itens.⁽²³⁾ Como aceitável, considerou-se índice mínimo de 0,8 tanto para avaliação de cada item como para avaliação geral do instrumento.

Para o tratamento estatístico foi utilizado o aplicativo *online Planilhas Google* concomitantemente ao *Google Forms*. Após, os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Foi utilizada análise descritiva dos dados para a caracterização dos juízes especialistas e determinação do índice de validade de conteúdo obtendo-se as medidas relativas à frequência e ao percentual.

Os aspectos éticos relacionados ao presente estudo, levaram em consideração a Resolução CONEP nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos.⁽²⁴⁾ O projeto obteve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande nº. 2.976.483, CAAE: 95584418.7.0000.5324 de 22 de outubro de 2018. A fim de assegurar o anonimato dos participantes na etapa relacionada à revisão por especialistas (validação de conteúdo), os participantes foram identificados pela letra J de

juízes, seguida do número arábico correspondente à ordem de devolução do instrumento de avaliação de conteúdo do protocolo.

Resultados

O protocolo desenvolvido destina-se aos enfermeiros atuantes em instituições hospitalares e tem como objetivo traçar um programa de intervenções de enfermagem direcionada à manutenção/recuperação da capacidade funcional (funcionalidade) da pessoa idosa no ambiente hospitalar. Na revisão sistemática da literatura foram encontrados 689 artigos, dos quais 9 foram analisados. Incorporadas aos programas apresentados nos estudos, foram identificadas 28 intervenções que poderiam ser viabilizadas pela enfermagem na assistência à pessoa idosa com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional.

Assim, visando atender a terceira etapa metodológica relativa à elaboração de recomendações, as intervenções e resultados com seus respectivos códigos de identificação foram agrupados, por semelhança de objeto, em cinco domínios: estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado.

No domínio estado geral de saúde, foram reconhecidas duas intervenções: “avaliação de saúde” e “educação em saúde”. No domínio cognição e humor, foram identificadas oito intervenções: “apoio emocional”, “apoio à tomada de decisão”, “controle do delírio”, “escuta ativa”, “estimulação cognitiva”, “melhora do enfrentamento”, “monitoração neurológica” e “redução da ansiedade”. No domínio desempenho funcional, foram listadas dez intervenções: “assistência no autocuidado”, “aumento de segurança”, “controle do ambiente: segurança”, “melhora da socialização”, “prevenção contra quedas”, “promoção do exercício”, “promoção do exercício:

alongamento”, “promoção do exercício: treino para fortalecimento”, “terapia com exercício: deambulação” e “terapia com exercício equilíbrio”. No domínio suporte social, três intervenções: “apoio ao cuidador”, “mobilização familiar” e “promoção do envolvimento familiar”. E, no último domínio, organização do cuidado, foram apresentadas cinco intervenções: “desenvolvimento de funcionários”, “desenvolvimento de protocolo de cuidados”, “plano de alta”, “reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares”, “troca de informações sobre cuidados de saúde”.

A fim de contribuir para a aplicação do protocolo, foram disponibilizadas as escalas necessárias à sua operacionalização (escala de avaliação cognitiva Mini Cog, *Confusion Assessment Method* (CAM), escala de avaliação das atividades básicas de vida diária de Barthel e escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody), a distribuição das referências incluídas na revisão sistemática da literatura que originou o protocolo e dois apêndices que tratam, primeiro, das condições de risco para o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, e um modelo/sugestão de plano de cuidados direcionado à pessoa idosa hospitalizada.

Aos profissionais não familiarizados com o emprego da taxonomia NANDA, NIC, NOC em sua prática assistencial, o protocolo elaborado inclui os diagnósticos de enfermagem de acordo com a NANDA, as atividades a serem realizadas para cada intervenção de enfermagem selecionada no protocolo de acordo com a NIC, bem como os resultados de enfermagem relacionados de acordo com a NOC.

No que se refere à atualização do protocolo, considerou-se pertinente a atualização periódica (dois anos), instantânea (sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais) e devido a incorreções (percebidas pelo público leitor ou outros profissionais), que deverão ser inseridas a qualquer momento.⁽⁷⁾

No que tange à etapa de validação de conteúdo, 9 pesquisadores se dispuseram a avaliar o instrumento. Destes, a partir da análise dos critérios de seleção, foram selecionados 7 juízes-especialistas. A pontuação média dos juízes especialistas foi de 7 pontos (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos juízes especialistas da pesquisa. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	F	%
Critério de inclusão no estudo (n =7)		
Mestre em enfermagem (1)	7	100%
Doutor em enfermagem (2)	6	85,71%
Dissertação na saúde do idoso (1)	1	14,28%
Tese na saúde do idoso (2)	4	57,14%
Produção de artigo na área da saúde do idoso em periódico <i>qualis</i> ≥ B2 (1)	6	85,71%
Pesquisa/Projeto de extensão na área de saúde do idoso nos últimos 2 anos (1)	5	71,42%
Ministra disciplina na área da saúde do idoso (2)	4	57,14%
Experiência profissional (mínimo de 1 ano) como enfermeiro na assistência ao idoso hospitalizado/Especialização em saúde do idoso (2)	1	14,28%
Sexo (n=7)		
Masculino	1	14,28%
Feminino	6	85,71%
Idade (n=7)		
20-29 anos	1	14,28%
30-39 anos	3	42,85%
40-49 anos	1	14,28%
50-59 anos	2	28,57%
Tempo de formação (n=7)		
1-9 anos	1	14,28%
10-19 anos	3	42,85%
20- 29 anos	2	28,57%
30-39 anos	1	14,28%
Área de atuação (n=7)		
Docência	6	87,61%
Docência e assistência	1	14,28%
Local de atuação (n=7)		
Instituição de ensino pública	6	87,61
Instituição de ensino pública e ILPI	1	14,28%
Cidade de atuação (n=7)		
Palmas (TO)	1	14,28%
Bom Jesus (PI)	1	14,28%
Natal (RN)	1	14,28%
Maceió (AL)	1	14,28%
Cuiabá (MT)	1	14,28%
Praia (República de Cabo Verde)	1	14,28%
Rio Grande (RS)	1	14,28%

Fonte: próprios autores.

Após a seleção, os juízes-especialistas procederam a validação de conteúdo do protocolo, mediante acesso ao formulário de avaliação disponibilizado. Tendo em vista o IVC global do protocolo de 1 foi encerrado o processo de validação na primeira rodada Delphi (Tabela 2).

Tabela 2. Gradientes de resposta dos juízes especialistas, IVC de acordo com itens e IVC global do protocolo proposto. Santo Ângelo/RS, Brasil, 2019.

ITEM AVALIADO	JULGAMENTO				IVC ITEM
	(3) Concordo		(4) Concordo inteiramente		
	N	%	N	%	
Título	2	29%	5	71%	1
Âmbito e finalidade	1	14%	6	86%	1
Identificação da capacidade funcional da pessoa idosa	2	29%	5	71%	1
Intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional	2	29%	5	71%	1
Domínio estado geral de saúde	2	29%	5	71%	1
Domínio cognição e humor	0	0	7	100%	1
Domínio desempenho funcional	0	0	7	100%	1
Domínio suporte social	0	0	7	100%	1
Domínio organização do cuidado	0	0	7	100%	1
Apêndice 1 - Condições de risco para o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada	2	29%	5	71%	1
Apêndice 2 – Modelo/sugestão de plano de cuidados direcionado à pessoa idosa hospitalizada	0	0	7	100%	1
Apêndice 3 – Distribuição das referências incluídas na revisão sistemática de acordo com autores, título da produção, ano de publicação, periódico/fator de impacto, tipo de estudo, conclusão/recomendações, qualidade da evidência e força de recomendação	1	14%	6	86%	1
Anexo 1 – Escala de avaliação cognitiva Mini Cog	0	0	7	100%	1
Anexo 2 – <i>Confusion Assessment Method (CAM)</i>	0	0	7	100%	1
Anexo 3 – Escala de avaliação das atividades básicas de vida diária de Barthel	0	0	7	100%	1
Anexo 4 – Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody	0	0	7	100%	1
Anexo 5 - Intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NIC	1	14%	6	86%	1
Anexo 6 – Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA	2	29%	5	71%	1
Anexo 7 – Resultados de enfermagem relacionados às intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NOC	1	14%	6	86%	1

IVC GLOBAL	1
-------------------	----------

Fonte: próprios autores.

Cabe destacar que além dos elementos submetidos à validação de conteúdo, outros integram o protocolo, quais sejam: origem (Instituição: Universidade Federal do Rio Grande), grupo de desenvolvimento (autores), conflito de interesses (informação da ausência de conflito de interesses). Já outros componentes, tais como fluxograma, validação externa, validação pelo usuário e plano de implantação não fazem parte do mesmo, uma vez que, dependem de outras etapas do estudo, bem como, da estrutura organizacional e cultura administrativa da Instituição na qual será implantado.

Discussão

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos assistenciais, entre as quais: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, instrumentalização dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, agilidade na incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.⁽⁷⁾

Considerando os domínios do protocolo elaborado e validado, o domínio estado geral de saúde contempla a avaliação de saúde, com a utilização de instrumentos para a avaliação clínica e prognóstica. Um dos estudos analisados, evidenciou a importância da aplicação da Avaliação Geriátrica, bem como o emprego de outros instrumentos os quais não requerem administração médica, na avaliação de saúde da pessoa idosa hospitalizada com câncer. Nesse sentido, enfatizou a necessidade de maior educação para todos os provedores de cuidados na incorporação destes instrumentos na prática clínica.⁽²⁵⁾ Outra intervenção, promoveu, dentro de seu programa, várias atividades educacionais, entre as

quais vídeos instrutivos, folhetos informativos, lembretes em murais, recados na beira do leito, a fim de salientar os benefícios da mobilidade à saúde no ambiente hospitalar.⁽²⁶⁾

No domínio cognição e humor, pesquisa cujos participantes foram pessoas idosas e seus cuidadores, mostrou que intervenções com foco na família e centradas na funcionalidade podem trazer resultados positivos no que se refere às atividades básicas de vida diária e à cognição. Entre as intervenções realizadas, esteve o “*FamPath care pathway*”, com ações de educação da família e paciente por meio de técnicas de motivação, estimulação cognitiva, segurança e redução da ansiedade.⁽²⁷⁾

Referente ao desempenho funcional, uma das pesquisas que subsidiou o protocolo elaborado, apresentou a implantação de um programa de exercícios, contemplando aquecimento, alongamento, força, flexibilidade, caminhada e treinamento de equilíbrio.⁽²⁸⁾ Estudo desenvolvido na Austrália, evidenciou a viabilidade da implantação de programas de exercícios de manutenção funcional no ambiente hospitalar.⁽²⁸⁾

No domínio suporte social, estudos demonstraram o papel vital desempenhado pela família na avaliação, prestação de cuidados e tomada de decisões quando a pessoa idosa é hospitalizada. Sobre este aspecto, dois estudos realizados pela mesma equipe, utilizaram a Intervenção Centrada na Família e Cuidados Centrados na Função, composta por avaliação ambiental e de políticas, educação e treinamento da equipe, treinamento contínuo e motivação da equipe de enfermagem e a “*Fam-care*” com a educação para o cuidado da família e do paciente, obtendo resultados funcionais positivos quando cuidadores/familiares eram envolvidos no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.^(27,30)

No último domínio, organização do cuidado, o desenvolvimento do protocolo “Walk-for”, mostrou ser indispensável a formação da equipe e o trabalho multidisciplinar na prevenção do declínio funcional no cenário hospitalar.⁽²⁶⁾ Nessa perspectiva, a

implantação da intervenção de Consciência Situacional Compartilhada (SSA) para melhorar a comunicação interpessoal entre a equipe de saúde por meio de reuniões multidisciplinares mostrou resultados satisfatórios em termos funcionais para pessoas idosas hospitalizadas.⁽³¹⁾

Em consonância com o referencial teórico-metodológico, no que se refere à atualização do protocolo, não foram encontradas, nas referências utilizadas ao longo da revisão sistemática de literatura, informações sobre a periodicidade de sua realização. Desta forma, para fins da elaboração do protocolo assistencial, foi adotada a orientação do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.⁽⁷⁾

Tendo em vista que um protocolo só se torna efetivo quando abrange as necessidades específicas do público atendido e quando corresponde às expectativas dos profissionais de saúde,⁽³²⁾ procedeu-se a revisão por especialistas (validação de conteúdo). De acordo com o esperado, um dos maiores desafios constitui-se na obtenção do tamanho da amostra dos sujeitos.⁽¹⁴⁾ Referente a quantidade necessária de juízes para a validação de conteúdo o número ideal para esse processo deve ser entre três e dez. Seis juízes são suficientes para proceder a tal análise.⁽³³⁾

Assim, a amostra foi composta por 7 participantes, em sua maioria enfermeiros do sexo feminino (n = 6), com tempo de formação de 10-19 anos (n=3) e atuantes exclusivamente na docência (n=6). Quanto à titulação, grande parte dos enfermeiros selecionados eram doutores (n=6) e a totalidade mestres, com produção de artigos na área da saúde da pessoa idosa (n=6) e ministrando disciplina na mesma área (n=4). Tais dados referentes a formação técnico-científica dos juízes especialistas demonstra a expertise destes para avaliar o protocolo elaborado.

Quanto à análise do processo de validação, optou-se pelo IVC, método muito utilizado na área de saúde por este permitir analisar, inicialmente, cada item individualmente e, depois, o instrumento como um todo.⁽¹⁵⁾ No que diz respeito às intervenções propostas para o protocolo, houve concordância de 100% nos domínios cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado. A adequação dos instrumentos propostos para a avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, da mesma forma que os domínios anteriormente citados, obteve concordância de 100% entre os juízes especialistas, demonstrando a adequação destes ao objetivo proposto. Finalmente, o IVC global do protocolo elaborado atingiu o valor 1. Desse modo conclui-se que o protocolo fora considerado válido.

Soma-se ao exposto a inexistência de pretensão de que o protocolo elaborado e validado no presente estudo venha a contemplar todos os aspectos relacionados à assistência de enfermagem no contexto hospitalar. A proposta é a de explorar a capacidade funcional como um importante item a ser avaliado pelo enfermeiro na assistência à pessoa idosa. Ademais, o protocolo elaborado não deve ser visto como *mais* uma atribuição para o enfermeiro, mas como uma ferramenta útil para o seu trabalho construído a partir de evidências científicas nas quais buscou-se as intervenções aplicáveis à enfermagem que melhor pudessem contribuir à manutenção/recuperação da capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas. Acredita-se que o presente protocolo tenha aplicação viável na prática clínica, podendo ser facilmente operacionalizado nos diversos sistemas de gerenciamento de informações e prontuários eletrônicos utilizados pelas instituições, no entanto, torna-se fundamental o treinamento dos profissionais.

Conclusão

O protocolo assistencial com intervenções de enfermagem com foco na capacidade funcional das pessoas idosas hospitalizadas elaborado e validado no presente estudo, mostra-se como ferramenta relevante para a prática clínica da enfermagem na atenção hospitalar, uma vez que poderá permitir ao enfermeiro alcançar a autonomia profissional baseada no raciocínio técnico-científico com efeito positivo na assistência à pessoa idosa no que tange sua funcionalidade.

As implicações desta pesquisa estão voltadas à apropriação dos conhecimentos inerentes à profissão, ao avanço do conhecimento e ao fortalecimento do corpo científico da enfermagem, pois, foram aqui validadas intervenções relacionadas à funcionalidade da pessoa idosa hospitalizada úteis para a prática clínica do(a) enfermeiro(a) no cenário hospitalar. Também traz implicações positivas para o ensino, pois seus resultados podem facilitar a aproximação entre teoria e prática, favorecendo a tomada de decisão e o raciocínio clínico dos estudantes e profissionais, habilidades fundamentais à aplicação do processo de enfermagem. O estudo ainda acarreta implicações para a pesquisa de enfermagem, pois, a partir dos resultados obtidos, outros estudos poderão ser desenvolvidos com foco na elaboração de protocolos de enfermagem.

Entre as limitações presentes neste estudo, estão a inclusão somente de publicações internacionais, conduzidas em países desenvolvidos. Isso se justifica pela diferença no que tange o nível econômico, mas também pelas questões socioculturais. Somado a isso, de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. Outra limitação diz respeito à não inclusão de enfermeiros com atuação na assistência direta à pessoa idosa

no âmbito hospitalar na etapa de revisão por especialistas, organizações e profissionais (validação de conteúdo) devendo isso ser considerado para a complementação da avaliação.

Referências

- 1 Lemes MMDD, Bachion MM. Hemodialysis nurses rate nursing diagnoses relevant to clinical practice. *Acta paul. enferm.* 2016 Apr; 29 (2): 185-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200185&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 2 Moraes EM, Moraes FL, Caldas CP. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Coimbra AMC (org.). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. 99-146.
- 3 Palleschi L, Galdi F, Pedone C. Acute medical illness and disability in the elderly. *Geriat Care.* 2018 Out; 4: 62-4. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7561/7734>
- 4 Brown CJ, Roth DL, Allman RM. Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Ann Intern Med.* 2009; 150: 372-78. Disponível em: <https://annals.org/aim/article-abstract/744380/trajectories-life-space-mobility-after-hospitalization?volume=150&issue=6&page=372>
- 5 Boyd CM, Landefeld CS, Landefeld SR. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56 (12):2171-79. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x>

6 Sleiman I, Rozzini R, Barbisoni P. Functional trajectories during hospitalization: a prognostic sign for elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009; 64 (6): 659-

63. Disponível em:

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/64A/6/659/625426>

7 Pimenta CAM, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.

50 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

8 Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enf.* 2017 Out; 70 (5): 981-87.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

9 Oliveira APV, Gomes GC, Romeu BR, Dei Svaldi JS, Machado GS. Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. *HU Rev.[online]* 2016 Ago; 42(1): 33-41. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2353>

10 Paes GO, Mello ECP, Leite JL, Mesquita MGR, Oliveira FT, Carvalho SM. Protocolo de cuidados aos distúrbios respiratórios. *Esc. Anna Nery.* 2014; 18 (2): 303-10.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200303&script=sci_abstract&tlng=pt

11 Santos WL, Fuly PSC, Espírito Santo FH, Lima CA. Protocolo de assistência de enfermagem a idosos em alta complexidade. *Rev Bai Enf.* 2010; 24 (1/2/3): 63-73.

Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5529>

12 Santos EC, Oliveira ICM, Feijão AR. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29 (4): 363-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400363&script=sci_abstract&tlng=pt

13 Melo GP, Andreto LM, Araújo VMG, Holanda VR. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós- parto. *Rev Eletr Enf* [online]. 2016; 18. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40589>

14 Bessa MEP. Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco de apresentar fragilidade [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7004>

15 Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. *Texto-contexto Enferm.*[online] 2017; 26 (2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200501&script=sci_arttext&tlng=pt

16 Ribeiro RC. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? *Rev Bras Clin Med* 2010;8(4):350-5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a012.pdf>

17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. *Sistema GRADE*: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de

decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 72 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf

18 Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6ª.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

19 Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) 5ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

20 Lira ALBC, Lopes MVO. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problema. RELAE. 2011; 19 (4): 1-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4398>

21 Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart Lung. 1987; 6 (6): 625-29. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>

22 Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene. 2012; 13 (1): 242-51. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803>

23 Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006 Oct; 29(5):489-97. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nur.20147>

24 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

25 Mariano C, Williams G, Deal A, Alston S, Bryant AL, Jolly T, Muss HB. Geriatric assessment of older adults with cancer during unplanned hospitalizations: an opportunity in disguise. *The Oncolog.* 2015 Jun 62: 767-72. Disponível em:

<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/20/7/767.long>

26 Zisberg A, Agmon M, Gur-Yaish N, Rand D, Hayat Y, Gil E. No one size fits all-the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the "WALK-FOR" study. *BMC Geriatr.* 2018 Apr; 91 (18):1-9. Disponível em:

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0778-3>

27 Boltz M, Resnick B, Chippendale T, Galvin J. Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Dez; 62 (12): 2398-407. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13139>

28 Bürge E, Berchtold A, Maupetit C, Bourquin NM, Von Gunten A, Ducraux D et al. Does physical exercise improve ADL capacities in people over 65 years with moderate or severe dementia hospitalized in an acute psychiatric setting? A multisite randomized clinical trial. *Internat Psychoger.* 2016 Nov; 29 (2): 323-32. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/does-physical-exercise-improve-adl-capacities-in-people-over-65-years-with-moderate-or-severe-dementia-hospitalized-in-an-acute-psychiatric-setting-a-multisite-randomized-clinical-trial/1751E76DE9C381D2E8FA25A783B96411>

29 Nolan J, Thomas S. Targeted individual exercise programmes for older medical patients are feasible, and may change hospital and patient outcomes: a service improvement project. *BMC heal serv resear*. 2008 Dec; 252 (8). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-250>

30 Boltz M, Chippendale T, Resnick B, Galvin GE. Testing family-centered, function-focused care in hospitalized persons with dementia. *Neurodegener Dis Manage*. 2015 Jun; 5 (3): 203-15. Disponível em: https://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/nmt.15.10?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=nmt

31 Lee JH, Kim SJ, Lam J, Kim S, Nakagawa S, Yoo JW. The effects of shared situational awareness on functional and hospital outcomes of hospitalized older adults with heart failure. *J multidisc healthc*. 2014 Jul; 7: 259-65. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-effects-of-shared-situational-awareness-on-functional-and-hospital-peer-reviewed-article-JMDH>

32 Vieira AC, Bertoncello, KCG, Girondi JBR, Nascimento ERP, Hammerschmidt KSA, Zeferinho, MT. Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. *Texto Contexto Enferm* [Online]. 2016 Abr; 25(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100326&lng=en&nr m=iso&tlng=pt

33 Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986 Nov-Dez; 35(6):382-5. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese, os quais estão apresentados no formato de quatro artigos, permitiram elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada, analisar os resultados da hospitalização das pessoas idosas em termos de variação da capacidade funcional e identificar variáveis que influenciam modificações da capacidade funcional das pessoas idosas ao longo da internação hospitalar.

No artigo *“Caracterização da capacidade funcional de pessoas idosas hospitalizadas”*, foi possível identificar que a maioria dos participantes apresentou-se independente na linha de base para ABVD e AIVD (60% e 53,6% respectivamente) com perda funcional significativa entre o período pré-admissional e o admissional; entre o período de admissão, 5 dias, 10 e 15 dias decorridos de internação para as ABVD; e, declínio significativo entre o período pré-hospitalar e a alta hospitalar. Tais dados sugerem que as pessoas idosas receberam alta hospitalar com status funcional pior do que o valor basal, fato este que sugere que a alteração funcional observada pode tratar-se da síndrome da incapacidade associada à hospitalização.

No artigo *“Fatores pré-hospitalares associados ao declínio funcional de pessoas idosas hospitalizadas”* é introduzida a temática explicitando que os fatores que contribuem para o declínio funcional da pessoa idosa hospitalizada podem ser divididos em dois segmentos, fatores pré-hospitalares e intra-hospitalares. Especificamente neste artigo, foram abordados os fatores pré-hospitalares idade, medo de quedas, presença de dor ao movimento e doenças do aparelho respiratório os quais apresentaram moderada associação com o declínio para as ABVD e AIVD. Fadiga e fraqueza e doenças do aparelho circulatório foram fatores associados com o declínio nas AIVD.

No artigo *“Intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada: revisão sistemática da literatura”* foi possível evidenciar a importância de intervenções com vista às atividades básicas de vida diária e da cognição na preservação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada. No estudo, entre as intervenções encontradas, estão as relacionadas ao estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado.

No artigo “*Elaboração e validação de conteúdo de um protocolo de enfermagem direcionado à pessoa idosa hospitalizada*” foi construído um instrumento com base em evidências científicas constituído de cinco domínios de intervenção: estado geral de saúde, cognição e humor, desempenho funcional, suporte social e organização do cuidado contendo as intervenções de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (NIC) e resultados de enfermagem de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). O protocolo foi submetido à validação de conteúdo utilizando-se para tal da técnica Delphi com o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item e global por 7 juízes especialistas na área. O protocolo atingiu IVC 1, sendo assim considerado válido.

Frente aos dados obtidos no presente estudo, demonstra-se a importância de que a enfermagem se aproprie dos aspectos relativos à manutenção/recuperação da capacidade funcional, visto às repercussões pessoais, familiares e sociais que o seu declínio representa. Espera-se que os dados apresentados, possam contribuir para a implementação de intervenções com o propósito de promover medidas como deambulação precoce, programas de alta hospitalar, programas de educação em saúde voltados à pacientes e cuidadores e educação continuada para os profissionais que prestam assistência à pessoa idosa no ambiente hospitalar com vistas a minimizar os efeitos relacionados à hospitalização na funcionalidade das pessoas idosas.

Nesse sentido, o protocolo desenvolvido apresenta-se como um instrumento relevante para a prática clínica da enfermagem na atenção hospitalar para este fim, uma vez que permite ao enfermeiro alcançar a autonomia profissional baseada no raciocínio técnico-científico com efeito positivo na assistência à pessoa idosa no que tange sua funcionalidade. Não há qualquer pretensão de que este venha a contemplar todos os aspectos relacionados à assistência de enfermagem no contexto hospitalar, mas sim, de permitir mostrar a capacidade funcional como um importante item a ser avaliado pelo enfermeiro na assistência à pessoa idosa.

As implicações desta pesquisa estão voltadas à apropriação dos conhecimentos inerentes à profissão, ao avanço do conhecimento e ao fortalecimento do corpo científico da enfermagem. Também traz implicações positivas para o ensino, pois seus resultados podem facilitar a aproximação entre teoria e prática, favorecendo a tomada de decisão e o raciocínio clínico dos estudantes e profissionais, habilidades fundamentais à aplicação

do processo de enfermagem. O estudo ainda acarreta implicações para a pesquisa de enfermagem, pois, a partir dos resultados obtidos, outros estudos poderão ser desenvolvidos.

Cabe ainda destacar uma das limitações do estudo, no que diz respeito à utilização do Mini Cog para a avaliação cognitiva das pessoas idosas hospitalizadas. Ressalta-se a necessidade de variação das palavras do teste de evocação entre uma avaliação e outra em estudos de corte longitudinal prospectivo, pois, a repetição das mesmas, pode causar certa familiaridade dos participantes ao teste, fato este ocorrido no presente estudo, gerando dados que podem não expressar a realidade. Outro aspecto, ainda referente ao Mini Cog, diz respeito ao teste do desenho do relógio (TDR), o qual muitas vezes, pode ficar comprometido, na presença de participantes com déficit visual importante e aqueles que possuam dispositivos médicos que impossibilitam a escrita, uma vez que, nos casos de não execução do TDR, o valor atribuído ao teste deve ser zero.

Desta forma, as constatações apresentadas permitem confirmar a tese de que *durante a internação hospitalar, a pessoa idosa sofre alterações nos níveis de funcionalidade para as atividades de vida diária que podem repercutir em sua independência e autonomia. Neste contexto, a enfermagem, por meio da sistematização da assistência de enfermagem, pode contribuir para a prevenção de perdas, manutenção ou recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa.*

REFERÊNCIAS

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 981-987, out. 2017.

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **The agree II instrument. 2009**. Disponível em: < <https://www.agreetrust.org/agree-ii/> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, M.A. *et al.* **Processo de Enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011.

ASMUS-SZEPESI, K. J. *et al.* Evaluation of the Prevention and reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 649–661, 2015.

BALSHEM, H. *et al.* GRADE guidelines: rating the quality of evidence. **Journal Of Clinical Epidemiology**, Maryland Heights, v. 64, n. 4, p. 401-406, 2011.

BANOUBY S.M.H.E. *et al.* Predictors of Hospital length of Stay among Egyptian Elderly. **Life Science Journal**, v. 10, n. 4, p. 166-170, 2013.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco fragilidade**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

BORGES, G.M; CAMPOS, M.B.; SILVA, L.G.C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P.(orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: 2015. p.138-151.

BORSON, S. *et al.* The Mini-Cog: a cognitive ‘vital signs’ measure for dementia screening in multi-lingual elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 11, p. 1021–1027, 2000.

BRASIL. Diário oficial da República Federativa do Brasil. **Lei nº. 10.741**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528**, 19 de outubro de 2006. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 142.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006b. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006c. 192 p

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. **Sistema GRADE: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

_____. **Pesquisa nacional de saúde: 2013- acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências - Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro : IBGE, 2015a. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** . 2. ed., 4. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015b. 68 p.

_____. **Síntese de indicadores sociais** : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 146 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Informações de Saúde - TABNET. Assistência à Saúde. Produção Hospitalar – SIH/SUS. Brasília (DF): DATASUS; 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 mai 2019.

_____. Tábua completa de mortalidade para o Brasil -2017: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 28 p.

CALDAS, C.P. *et al.* Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.12, p. 3495-3506, 2013.

CARES, V. L. *et al.* Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **Revista Médica de Chile**, v. 141, p. 419-427, 2013.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466 - , 2009.

CATUNDA, H. L. O. *et al* . Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

CESTARI, V. R. F. *et al* . Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 701-710, 2015.

CHAIMOWICS, F.; CAMARGO, M.C.S. Envelhecimento e saúde no brasil. In: FREITAS, E.V. *et al* . (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.p. 74-96.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 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: 2009.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CUNHA, F. C. M. *et al* . Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 12, n. 3, p. 475-487, 2009.

CUNHA, G.L. Mecanismos biológicos do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. *et al* . (orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. [reimp.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 76-101.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L.R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 685-692, 2011.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n.2, p. 317-325, 2007.

DURAN, E.C.M.; TOLEDO, V.P. Analysis of knowledge production on the nursing process: exploratory-descriptive study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 234-240, 2011.

FALEIROS, F. *et al* . Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto-enfermagem**.v.25, n.4, p.02-07, 2016.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v.6, n.6, p.625-629, 1987.

FERRETTI, R.E.L. Avaliação gerontológica global. In: NUNES, M.I.; FERRETTIREL, S. M. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.p. 69-74.

FLECK, S.J. *et al.* Activity in Geriatric acute CARE (AGECAR): rationale, design and methods. **BMC Geriatrics**, v. 12, n. 28, 2012.

FOLSTEIN, M.F. *et al.* Mini Mental state. **Journal Psychiatric Resident**.v.12, p.189-198, 1975.

FREITAS, R. S. *et al.* . Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25,n. 6,p. 933-939, 2012 .

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E.V. *et al.* (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013. p. 1373-1387.

FRIES, J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **New England Journal Medicine**. v. 303, n. 3.p.130-135, 1980.

GALVÃO, T. F. ; PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

GUIMARÃES, P.R.B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil SA, 2012. 252 p.

GRADE WORKING GROUP. Disponível em:
<<http://gradeworkinggroup.org/society/index.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

HERDMAN, T.H. SHIGEMI, K. **NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification, 2018-2020**. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO. **A instituição**. Disponível em:
<<http://www.hcpf.com.br>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

KATZ, S.; AKPOM, C.A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976.

KATZ, S.; CHINN, A.B. Multidisciplinary studies of illness in aged persons II: a new classification of functional status in Activities of Daily Living. **Journal Chronic Disease**, v. 9, n. 1, p. 55-62, 1959.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n.3, p. 179-186, 1969.

LEE, S.; STAFFILENO, B.A.; FOGG, L. Influence of staff education on the function of hospitalized elders. **Nursing Outlook**, v. 61, n. 1, p. 2-8, 2013.

LEMES, M.M.D.D.; BACHION, M.M. Hemodialysis nurses rate nursing diagnoses relevant to clinical practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p 185-190, 2016.

LENDÍNEZ , A. J. C. *et al.* Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. **Gerokomos**, v. 21, n. 1, p. 8-16, 2010.

LINO, V.T.S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problema. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.4, p. 1-8, 2011.

LOPES, M. C. B. T. *et al.* Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. **Einstein** , v. 13, n. 2, 209-214, 2015.

LOURENÇO, R.A.; PARADELA, E.M.P. Instrumentos de Avaliação em Geriatria. In: FREITAS, E.V. *et al.* (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. [reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.p.1388-1395

LOURENÇO, R. A.; PEREZ, M.; SANCHEZ, M.A.S. Escalas de Avaliação Geriátrica. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. [reimp]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan . 2013. p. 2339-2360.

LOURENÇO, T.M. *et al.* Functional independence of long-living elderly at hospital admission. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 673-679, 2014.

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. Functional evaluation : the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v.14, p. 61-65, 1965.

MARTÍNEZ-VELILLA, N. *et al.* Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, v. 15, 2015.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 154 p.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. São Paulo, 7 ed. Atlas, 2014.

MELO, G.P. *et al.* Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós- parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas. 2000. Tese (Livre Docência) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MILIAN, M. *et al.* The Mini-Cog versus the Mini-Mental State Examination and the Clock Drawing Test in daily clinical practice: screening value in a German memory clinic. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 5, p. 766-774, 2012.

MINOSSO, J.S.M. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n. 2, p.218-223, 2010.

MORAES, E. N.; LANNA, F.M. **Avaliação multidimensional do idoso**. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; CALDAS, C.P. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: COIMBRA, A.M.C. (org.).

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p 99-146.

MUDGE, A.M.; O'ROURKE, P.; DENARO, C.P. Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. v. 65, p.866-872. 2010.

NETTO, M.P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. *et al.* (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 3-13.

OLIVEIRA, A.P.V. *et al.* Protocolo assistencial de enfermagem a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica. **HU Revista**, v. 42, n. 1, p. 33-41, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

_____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**: resumo. 28 p., 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería Gerontológica: conceptos para la practica**. Washington: D.C.: 1993.

PAES, G.O. *et al.* Protocolo de cuidados aos distúrbios respiratórios . **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 303-310, 2014.

PAGOTTO ,V. *et al.* Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.3061-3070, 2013.

PALLESCHI, L.D.E. *et al.* Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study. **Journal of American Geriatric Society**. v. 59, p. 193-199, 2011.

PALUMBO, M.R.B; DAUSSY, M.F.S. Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria da Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. Tubarão: Copiart, 2011.

PAULA, F.L. **Envelhecimento e quedas de idosos**. Rio de Janeiro : Apicuri, 2010. 244p.

PEREIRA, E.E.B. *et al.* Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.

PESSOA JÚNIOR, J.M.; NÓBREGA, V.K.M.; MIRANDA, F.A.N. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 603-606, 2012.

PILGER, C.; MENON, U.M.; MATHIAS, T.A.F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. 6, p. 907-913, 2013.

PIMENTA, C. A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. 50 p.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T., The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**. v. 29, n.5, p. 489-497, 2006.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995. 391 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSO FUNDO. **Referência em saúde**. Disponível em:<<http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?t=11&p=526> >. Acesso em: 05 mai. 2019.

PRODANOV, C.C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, L.R.(Coord.). **Guia de geriatria e gerontologia**: guia de medicina ambulatorial e hospitalar. 2.ed. Barueri SP: Manole, 420 p., 2011.

RIBEIRO, R.C. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8 , n. 4, p. 350-355, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde 2016 – 2019. Porto Alegre: 2013. 228p. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

ROMERO, D.; MARQUES, A. Informação epidemiológica e populacional: disponibilidade, qualidade e acesso dos sistemas de informação em saúde In: Coimbra, A.M.C. (org.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 67-95.

ROSENFELD, R.M.; SHIFFMAN, R.N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 148, n. 1, p. 1-55, 2013.

RUSSELL C.W. et al. Use of a web-based questionnaire in the Black Women's health study. **American Journal of Epidemiology**. v.172, n. 11, p. 1289-1291, 2010.

SALLUM, A.M.C.; SANTOS, J.L.F.; LIMA, F.D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n. 1, 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SANTOS, E.C.; OLIVEIRA, I.CM.; FEIJÃO, A.R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 4, p. 363-373, 2016

SANTOS, J.C.; CEOLIM, M.F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 810-817, 2009.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, W.L. *et al.* Protocolo de assistência de enfermagem a idosos em alta complexidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24, n.1/2/3, p. 63-73, 2010.

SCARPARO, A.F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SMITH, A. A. *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2017.

SOUSA, R.M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 732-741, 2010.

STORTI, L.B. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 452-459, 2013

STUDART, R.M.B. *et al.* Tecnologia de Enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 494-500, 2011.

TENÓRIO, D.M.; CAMACHO, A.C. Identificação dos agravos de saúde que levam os idosos ao serviço de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 9, n. suplementar 1, p. 457-65, 2015.

THOFEHRN, M.B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n. 1, 2014.

TRINDADE, A.P.N.T. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em movimento*, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 929-34, 2012.

VERAS, R.P. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n.2, p. 385-392, 2013.

VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. *et al.* Prevalence of disability and associated factors in the elderly. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 521–529, 2015.

WALLACE, M.; SHELKEY, M. Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. **American Journal of Nursing**, v. 108, n. 4, p. 64-71, 2008.

WERNECK, M. A. F. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing: A police framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

_____. Guidelines for WHO. **Global Programme on Evidence for Health Policy**. Geneva, Switzerland. 2003

ZASLAVSKY, O.; ZISBERG, A.; SHADMI, E. Impact of functional change before and during hospitalization on functional recovery 1 month following hospitalization. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. v.70, p. 381-386, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento 1)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Doutoranda Enfermeira Lucimara Sonaglio Rocha (COREN 187182 lucimarazz@hotmail) intitulado, **“CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO HOSPITALIZADO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM”**. . O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a capacidade funcional de idosos na admissão, ao longo da internação e na alta hospitalar. Constituem-se como objetivos específicos: elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional do idoso hospitalizado; analisar os resultados da hospitalização dos idosos em termos de variação da capacidade funcional na alta em relação à sua admissão;- identificar variáveis que influenciam modificações da capacidade funcional dos idosos ao longo da internação hospitalar.

A pesquisa será realizada em dois momentos, dos quais participarei do primeiro, no qual será avaliada a capacidade funcional de idosos nas unidades de internação do Hospital da Cidade de Passo Fundo nas primeiras 24 horas de internação, após decorridos 5 dias e finalmente na alta hospitalar, por meio de respostas a um instrumento de avaliação sociodemográfico, econômico e clínico, da aplicação das escalas de Barthel para a avaliação das atividades básicas de vida diária (tomar banho, vestir-se, promover higiene, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, manter continências fecal e urinária, capacidade para alimentar-se, caminhar e subir e descer escadas.), de Lawton e Brody para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicação e manejo do dinheiro) e do Mini Cog para a avaliação cognitiva (mental).

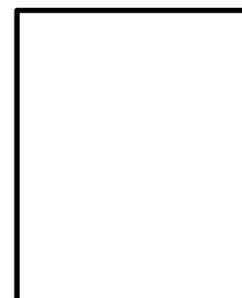
Declaro que fui informado (a):

- de forma clara dos objetivos, da justificativa e da metodologia de trabalho;

- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução CONEP 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com a professora responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2018.



Digital

Enf.^a Lucimara Sonaglio Rocha
Contato: (54) 99934-4768

Assinatura do Participante
Número de um documento

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados (Momento 1)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - MOMENTO 1		
Código I ____	Unidade/leito	Data da coleta inicial ____/____/2018
Internação ____/____/2018	Desfecho ____/____/2018	
Clínica	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Institucionalização <input type="checkbox"/> Outro _____	
Convênio		

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS	
Data de nascimento ____/____/____	Idade ____ anos
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Naturalidade/Procedência
	Zona <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> rural
Cor <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela	Estado civil <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> outro _____ <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado
Religião	<input type="checkbox"/> Filhos ()
Escolaridade <input type="checkbox"/> sem instrução e menos de um ano <input type="checkbox"/> 8 a 10 anos	<input type="checkbox"/> 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 11 a 14 anos <input type="checkbox"/> 15 anos ou mais
Situação ocupacional <input type="checkbox"/> aposentado <input type="checkbox"/> pensionista <input type="checkbox"/> trabalha <input type="checkbox"/> não trabalha	
Atividade que desenvolvera/desenvolve	
Renda familiar <input type="checkbox"/> Nenhuma renda. <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo (até R\$ 954,00). <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,00 até R\$ 2.862,00). <input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,01 até R\$ 5.724,00). <input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5.724,00 até R\$ 8.586,00). <input type="checkbox"/> Mais de 9 salários mínimos (mais de 8.586).	
Residência <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> reside com cuidadores/familiares <input type="checkbox"/> reside em ILPI	
Número de pessoas que residem na casa	
Grau de parentesco das pessoas que residem com o idoso <input type="checkbox"/> vive só <input type="checkbox"/> esposo(a)/parceiro(a) <input type="checkbox"/> filhos () <input type="checkbox"/> sobrinhos () <input type="checkbox"/> netos () <input type="checkbox"/> amigos () <input type="checkbox"/> outro (s) _____	
DADOS CLÍNICOS	
Em tratamento para alguma doença (prévia à internação)	
<input type="checkbox"/> álcool <input type="checkbox"/> parou ____ anos	<input type="checkbox"/> tabaco <input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> parou ____ anos
Uso de medicamentos <input type="checkbox"/> nega <input type="checkbox"/> sim, não recorda	
Razão da internação/diagnóstico médico	
Tempo decorrido entre o episódio agudo e a internação	
Número de internações prévias nos últimos 12 meses	
Histórico das internações	

Tratamento (atual)			
Presença de cuidador [] não [] sim	<table border="1"> <tr> <td>Cuidador [] formal [] informal</td> <td>Relação com o idoso [] esposo(a)/parceiro(a) [] filho (a) [] sobrinho (a) [] neto (a) [] amigo (a) [] vizinho (a) [] outro _____</td> </tr> </table>	Cuidador [] formal [] informal	Relação com o idoso [] esposo(a)/parceiro(a) [] filho (a) [] sobrinho (a) [] neto (a) [] amigo (a) [] vizinho (a) [] outro _____
Cuidador [] formal [] informal	Relação com o idoso [] esposo(a)/parceiro(a) [] filho (a) [] sobrinho (a) [] neto (a) [] amigo (a) [] vizinho (a) [] outro _____		
Avaliação funcional	<p>Apresenta: () hemiplegia () paraplegia () paralisia () atividade motora diminuída () dor ao movimento () inatividade () fadiga () coordenação prejudicada () incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito () alterações posturais () distúrbios na marcha () medo de quedas () outras condições _____ () uso de órteses _____ () prescrição médica de repouso no leito. Temporária () Permanente () () prescrição médica de fisioterapia motora () fisioterapia motora (...) sair do leito/sentar na poltrona () restrição física (contenção mecânica) _____ dias () polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) N. Admissão: _____ Alta: _____ () utilização de dispositivos médicos que dificultem a deambulação Dispositivo _____ dias de uso _____ Dispositivo _____ dias de uso _____ Dispositivo _____ dias de uso _____ Dispositivo _____ dias de uso _____ () antecedentes de quedas. Quantas? Ocorrência de fraturas?</p>		
SAE/PE [] não [] sim, indicar intervenções			
Outras informações relevantes presentes no prontuário do idoso			
DADOS OBTIDOS JUNTO	[] AO IDOSO [] AO CUIDADOR [] AMBOS		

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DE BARTHEL										
ATIVIDADE AVALIADA	PONTOS	AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA							
Alimentação	10	INDEPENDENTE: capaz de usar qualquer talher. Come em tempo razoável.								
	5	AJUDA: necessita de ajuda para cortar, passar a manteiga.								
	0	DEPENDENTE								
Banho	5	INDEPENDENTE: lava-se por completo em ducha ou banho de imersão ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem a ajuda de outra pessoa.								
	0	DEPENDENTE								
Vestuário	10	INDEPENDENTE: veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos, coloca a cinta para hérnia ou corpete S/N.								
	5	AJUDA: necessita de ajuda, mas realiza, pelo menos, metade das tarefas em tempo razoável.								
	0	DEPENDENTE								
Higiene pessoal	5	INDEPENDENTE: lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada no caso de aparelho elétrico.								
	0	DEPENDENTE								
Eliminações intestinais	10	CONTINENTE: não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, se coloca por si só.								
	5	INCONTINENTE OCASIONAL: apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para a aplicação de enemas ou supositórios.								
	0	INCONTINENTE								
Eliminações vesicais	10	CONTINENTE: não apresenta episódios de incontinência, quando faz uso de sonda, toma suas próprias providências.								
	5	INCONTINENTE OCASIONAL: apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para uso de sonda ou outro dispositivo.								
	0	INCONTINENTE								
Uso do vaso sanitário	10	INDEPENDENTE: usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (com ou sem barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.								
	5	AJUDA: necessita de ajuda para manter o								

		equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.																																			
	0	DEPENDENTE																																			
Passagem cadeira-cama	15	INDEPENDENTE: não necessita de qualquer ajuda. Se utiliza cadeira de rodas o faz independentemente.																																			
	10	AJUDA MÍNIMA: necessita de ajuda ou supervisão mínima.																																			
	5	GRANDE AJUDA: é capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.																																			
	0	DEPENDENTE																																			
Deambulação	15	INDEPENDENTE: pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengala, muleta, prótese ou andador.																																			
	10	AJUDA: pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.																																			
	5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS movimenta-se na cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.																																			
	0	DEPENDENTE																																			
Escadas	10	INDEPENDENTE: é capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivo como muleta ou bengala, ou se apoie no corrimão.																																			
	5	AJUDA: necessita de ajuda física ou de supervisão.																																			
	0	DEPENDENTE																																			
PONTUAÇÃO TOTAL																																					
DATA DA COLETA																			M₀	M₁																	M_F
DATA DA COLETA										GRAU DE DEPENDÊNCIA/INCAPACIDADE APRESENTADA PARA ABVD*																											
M₀																																					
ADMISSÃO																																					
ALTA																																					

* Dependência severa: < 45 pontos Dependência grave: 45 – 59 pontos Dependência moderada: 60 – 79 pontos Dependência leve: 80-99 pontos Independente: 100 pontos

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY				
ATIVIDADE AVALIADA	PONTOS	AVALIAÇÃO		
Consegue usar o telefone?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue fazer compras?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue preparar suas próprias refeições?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue arrumar a casa?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue lavar e passar suas roupas?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
Consegue cuidar de suas finanças?	3	Sem ajuda		
	2	Com ajuda parcial		
	1	Não consegue		
PONTUAÇÃO TOTAL				
DATA DA COLETA				
		M₀	M₁	M_F
DATA DA COLETA	INDEPENDÊNCIA/DEPENDÊNCIA PARCIAL/DEPENDÊNCIA PARA AS AIVD*			
M₀				
ADMISSÃO				
ALTA				

As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas

* 9 Dependente

10-18 Semidependente

19-27 Independente

ESCALA DE AVALIAÇÃO COGNITIVA MINI COG	
INSTRUÇÕES	
1. Obter a atenção do idoso. Pedir para repetir as palavras "capitão", "jardim" e "fotografia" e memorizá-las.	- Permitir três tentativas e em seguida ir para o próximo item. - As palavras selecionadas fazem parte de uma lista validada em estudos clínicos.
2. Pedir para o idoso: a) desenhar o mostrador de um relógio. b) desenhar os ponteiros de modo que marquem 11h10 Exemplo: "Abaixo, temos o mostrador de um relógio. - Gostaria que o Sr.(a) colocasse os números dentro dele". Aguarde o paciente terminar a tarefa e diga: "Por favor, agora indique o horário 11:10. Certifique-se sempre	- Entregar uma folha com um círculo (10 cm) desenhado. - A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2; para fins de pontuação, não deverá ser considerado os tamanhos dos ponteiros. - Estes horário específico é mais sensível que outros. - Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o idoso. - Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. - Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao final de três minutos.

que o paciente compreendeu as instruções antes de dar início à tarefa.	
3. Pedir ao idoso para recordar-se das três palavras do passo 1	

PONTUAÇÃO			PONTUAÇÃO OBTIDA
Evocação das palavras	Sim	Não	
1. capitão	1	0	
2. jardim	1	0	
3. fotografia	1	0	
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO	Correto	Incorreto/não foi capaz de desenhar/recusa em desenhar	
	2	0	
TOTAL			
DATA DA COLETA		AVALIAÇÃO COGNITIVA*	
ADMISSÃO			
ALTA			

Resultados normais: 3 a 5 pontos (negativo para déficit cognitivo).

Resultados anormais: 0 a 2 pontos (positivo para déficit cognitivo)

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados (Momento 2)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA			
IDENTIFICAÇÃO			
Título do artigo			
Autor (es)			
Ano de publicação			
Periódico/volume/número/páginas			
Fonte de dados (base)			
Objetivo(s)			
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS			
Delineamento/tipo de estudo	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática		
	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise		
	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática de estudos de coorte		
	<input type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado		
	<input type="checkbox"/> Estudos de coorte		
	<input type="checkbox"/> Resultado terapêutico "tudo ou nada"		
	<input type="checkbox"/> Estudos ecológicos		
	<input type="checkbox"/> Estudos caso-controle		
<input type="checkbox"/> Relato de casos			
<input type="checkbox"/> Opinião de especialistas			
Critério de seleção do estudo			
P			
I			
C			
O			
Tipo de intervenção			
Amostra/ participantes	Seleção	<input type="checkbox"/> Randomizada <input type="checkbox"/> Cego	<input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Intencional
		Amostra inicial	Amostra final
		Critérios de inclusão	
		Critérios de exclusão	
		Características dos participantes	Informação da idade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Informação do sexo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Informação da etnia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		Controle de vieses de seleção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Local do estudo			
Intervenções realizadas (descrever intervenção, duração, frequência, técnica, quem a realizou, onde, entre outros)			
Grupo controle	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Em caso afirmativo descrever o número de participantes, tipo de comparação ou intervenção realizada		

Análise dos dados	Tratamento estatístico		
	Nível de significância		
Rigor metodológico (clareza na metodologia utilizada)	Método	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	Sujeitos	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	Critérios de seleção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	Intervenção	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
	Resultados	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Resultados/desfechos			
Identificação de limitações ou vieses	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Quais?		
Grau de recomendação (GRADE)	<input type="checkbox"/> A	1	Nível de Evidência
	<input type="checkbox"/> B		
	<input type="checkbox"/> C	2	
	<input type="checkbox"/> D		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS			
Inclusão do estudo?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

Fonte: adaptado de HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. (editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions** Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

APÊNDICE D - Convite aos juízes especialistas (Momento 2)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS DA PESQUISA**

Prezado(a),

Vimos por meio deste respeitosamente convidá-lo(a) a compor o corpo de juízes especialistas destinado a avaliar o Protocolo de Assistência de Enfermagem à Pessoa Idosa Hospitalizada, cujo foco é a manutenção/recuperação da capacidade funcional. A avaliação deste material compõe uma das etapas do projeto de pesquisa de nível de doutorado intitulado: CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO HOSPITALIZADO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM. O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a capacidade funcional de idosos ao longo da internação hospitalar. Constituem-se como objetivos específicos: elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional do idoso hospitalizado; analisar os resultados da hospitalização dos idosos em termos de variação da capacidade funcional na alta em relação à sua admissão; identificar variáveis que influenciam modificações da capacidade funcional dos idosos ao longo da internação hospitalar.

Esta pesquisa servirá como subsídio para a assistência de enfermagem por meio da elaboração e validação de conteúdo do protocolo assistencial, o qual poderá contribuir significativamente para a qualidade da assistência de enfermagem à pessoa idosa no ambiente hospitalar. O projeto obteve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, parecer nº. 2.976.483, CAAE: 95584418.7.0000.5324 de 22 de outubro de 2018 e está sendo desenvolvido pela doutoranda Lucimara Sonaglio Rocha sob a orientação da Enfa. Dra. Marlene Teda Pelzer.

Aguardamos o preenchimento do formulário até o dia 09/06/2019.

Na certeza de contarmos com a sua compreensão e empenho, agradecemos antecipadamente.

APÊNDICE E – Formulário eletrônico de avaliação do protocolo assistencial

Capacidade funcional do idoso hospitalizado: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem

Caracterização dos especialistas

Sexo () Feminino () Masculino () Prefiro não responder

Idade

- () 20 - 29 anos
 () 30 - 39 anos
 () 40 - 49 anos
 () 50 - 59 anos
 () 60 - 69 anos
 () > 70

Tempo de formação

- () 1 - 9 anos
 () 10 - 19 anos
 () 20 - 29 anos
 () 30 - 39 anos

Área de atuação

- () Assistência
 () Docência
 () Ambos

Local de trabalho

- () Instituição de ensino pública
 () Instituição de ensino privada
 () Hospital público
 () Hospital privado
 () Atendimento pré-hospitalar
 () ESF
 () ILPI

Estado e cidade de atuação

Características técnico-científicas

- () Mestrado
 () Mestrado com dissertação na saúde do idoso
 () Doutorado
 () Doutorado com tese na saúde do idoso
 () Experiência profissional (mínimo de 1 ano) como enfermeiro na assistência ao idoso hospitalizado/Especialização em saúde do idoso
 () Ministra disciplina na área saúde do idoso
 () Pesquisa na área de saúde do idoso nos últimos 2 anos
 () Projeto de extensão na área de saúde do idoso nos últimos 2 a
 () Produção de artigo na área do idoso qualis ≥ B2

Avaliação da proposta de protocolo assistencial voltado à capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada

Prezado (a) especialista,

O presente instrumento apresenta os itens do protocolo elaborado com base em evidências científicas que tratam de intervenções relacionadas à manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada. Tais intervenções, foram traduzidas em intervenções

de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC).

Avalie cada item do protocolo de acordo com sua clareza, coerência e relevância utilizando para isso os seguintes gradientes de resposta:

- 0 - Discordo veementemente (item dispensável no protocolo)
- 1 - Discordo (informação pouco relevante para a temática, mas se sofrer alterações pode ser relevante)
- 2 - Não concordo, nem discordo (quando não tiver opinião formada sobre o assunto)
- 3 - Concordo (informação relevante mas confusa)
- 4 - Concordo inteiramente (informação extremamente relevante indispensável no protocolo)

A concordância das respostas será obtida por meio do Índice de Validade do Conteúdo (IVC). O valor definido no presente estudo para a decisão de pertinência/aceitação do item será de no mínimo 0,8. Assim, se concordância maior ou igual a 0,8 dar-se-á por encerrada a presente rodada Delphi; se concordância menor que 0,8, a pesquisadora realizará as alterações e encaminhará novamente o instrumento, dando início a uma nova rodada até que o índice mínimo seja alcançado.

O protocolo na íntegra pode ser acessado por meio do link:

https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

O acesso será necessário para a avaliação dos apêndices e anexos, os quais não puderam ser anexados ao formulário

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Título: " PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM FOCO NA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL "

	0	1	2	3	4	
Discordo veementemente (item dispensável no protocolo)	<input type="radio"/>	Concordo inteiramente (informação extremamente relevante indispensável no protocolo)				

Observações/sugestões

1 ÂMBITO E FINALIDADE

CONTEXTUALIZAÇÃO:

A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade física e mental para a realização das atividades básicas de vida diária (alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, continência vesical e intestinal, transferência para higiene íntima, transferência cadeira-cama, deambulação e subir escadas) e atividades instrumentais de vida diária (atividades realizadas pela pessoa idosa em casa ou na comunidade). Tais atividades repercutem diretamente na autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de execução) fundamentais para a qualidade de vida da pessoa idosa. A capacidade cognitiva também é um fator importante no que se refere à capacidade funcional, uma vez o comprometimento cognitivo pode repercutir negativamente no nível de funcionalidade. A doença aguda e a hospitalização

são eventos importantes na trajetória que leva ao declínio da capacidade funcional da pessoa idosa. Estima-se que 35% das pessoas idosas diminuem a capacidade para a realização das atividades básicas de vida diária no período de 15 dias antes da doença aguda que as levou à hospitalização até a alta hospitalar. Essa taxa pode aumentar para 50% em pessoas com 85 anos ou mais. Entre os eventos negativos associados ao declínio funcional das pessoas idosas estão a predisposição à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, reinternação hospitalar, problemas de mobilidade e morte, resultando em complicações ao longo do tempo, restrição de participação social do indivíduo, além de cuidados de longa permanência e alto custo. De fato, um ano após a alta, menos da metade das pessoas idosas recuperou-se ao nível de funcionamento pré-doença e os índices de reinternação e morte são altos. Nesse sentido, a (o) enfermeira (o) que atua no cenário hospitalar tem papel fundamental na avaliação funcional da pessoa idosa e implementação de intervenções que visem à manutenção/recuperação de sua capacidade funcional.

1.2 FINALIDADES DO PROTOCOLO

Orientar intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa idosa hospitalizada com base nas evidências científicas relacionadas à manutenção/recuperação da capacidade funcional.

1.3 A QUEM SE DESTINA: Enfermeira (o)

1.4 LOCAL: Atenção hospitalar

1.5 PÚBLICO ALVO: Pessoas idosas hospitalizadas

1.6 INSTRUÇÕES GERAIS

1. Aplique o Mini Cog (ANEXO 1);
2. Se resultado Mini Cog ≥ 3 siga para o passo 4;
3. Se Mini Cog 0-2 aplicar Confusion Assessment Method (CAM) (ANEXO 2). Se CAM positivo, comunicar equipe médica para diagnóstico de delirium;
4. Aplique as escalas de Barthel (ANEXO 3) e de Lawton e Brody (ANEXO 4):
 - Na admissão medir retrospectivamente questionando a pessoa idosa ou cuidador (a) sobre o estado funcional 15 dias antes da admissão; a seguir, realizar a avaliação referente ao momento da avaliação ;
5. Realize a anamnese e exame físico da pessoa idosa atentando à presença de condições de risco para o declínio funcional (APÊNDICE 1);
6. Identifique os diagnósticos de enfermagem apropriados utilizando a taxonomia NANDA (ANEXO 5);
7. Selecione no presente instrumento as intervenções de enfermagem que se aplicam à pessoa idosa no que tange a manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NIC ;
8. Defina as atividades a serem executadas de acordo com a intervenção NIC (ANEXO 6);
9. Selecione no presente instrumento os resultados de enfermagem que se aplicam à pessoa idosa no que tange a manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NOC;
10. Defina os indicadores e estabeleça as metas do resultado de acordo com o resultado NOC (ANEXO 7);
11. Realize os devidos registros, conforme sistema/rotina da instituição hospitalar.
12. Reavalie a pessoa idosa diariamente verificando a necessidade de manutenção, inserção ou remoção de diagnósticos, intervenções e resultados.

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

2 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA

Para identificar a capacidade funcional da pessoa idosa utilizam-se as seguintes escalas: de Barthel (relacionada às atividades básicas da vida diária), de Lawton e Brody (relacionada às atividades instrumentais da vida diária) e o Mini Cog para a avaliação cognitiva. Identificando alterações no Mini Cog orienta-se a utilização do Confusion Assessment Method (CAM) para avaliação da presença de delirium. Mesmo utilizando diferentes instrumentos, os testes são de rápida aplicação ampliada pela experiência de aplicação do profissional. Algumas escalas encontram-se disponíveis para download na AppStore para celulares com sistema operacional iOS e na GooglePlay para celulares com sistema operacional Android, facilitando ainda mais a aplicação dos instrumentos. Construímos junto ao protocolo (APÊNDICE 2) um modelo/sugestão de plano de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, a fim de facilitar a avaliação e registro do processo de enfermagem no ambiente hospitalar, o qual pode ser incorporado ao sistema de gestão de informações clínicas e assistenciais adotado na instituição hospitalar.

2.1 ORIENTAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA E DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

1. Leia com atenção as instruções contidas em cada escala;
2. Procure aplicá-las em local tranquilo;
3. Explique a finalidade da aplicação das escalas à pessoa idosa ou seu(ua) cuidador(a);
4. Explique que a aplicação das escalas dura em média 15 minutos.
5. Leve consigo prancheta, papel e caneta para que a pessoa idosa possa realizar o teste do desenho do relógio.

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM FOCO NA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

3.1 ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM FOCO NA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Os domínios que constam no presente protocolo foram estruturados de acordo com as intervenções encontradas na literatura e traduzidas para a taxonomia da enfermagem na forma de intervenções. Assim, foram organizadas nos seguintes domínios: domínio estado geral de saúde, domínio cognição e humor, domínio desempenho funcional, domínio suporte social e, finalmente, organização do cuidado. Ao selecionar a Intervenção de Enfermagem contida em

cada domínio, consulte na Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) as atividades a serem desenvolvidas (ANEXO 6). Após, selecione o resultado esperado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) definindo os indicadores e as metas a serem alcançadas (ANEXO 7).

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

3.2 DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE

3.2 DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE	
3.2.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
6520 - Avaliação de saúde	Deteção de riscos à saúde ou problemas por meio de histórico, exames e outros procedimentos
5510 -Educação em saúde	Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento propício à saúde em indivíduos, famílias, grupos e comunidades
3.2.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
1012 - Estado de autocuidado	Ações pessoais para realizar atividades de cuidado pessoal básico e atividades instrumentais da vida diária
2006 – Estado de saúde pessoal	Funcionamento físico, psicológico, social e espiritual geral de um adulto de 18 anos ou mais
1603 - Comportamento de busca da saúde	Ações pessoais para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes
1602 – Comportamento de promoção da saúde	Ações pessoais para manter ou aumentar o bem-estar
1805 – Conhecimento: comportamentos de saúde	Extensão da compreensão sobre a promoção e proteção da saúde
1823 - Conhecimento: promoção da saúde	Extensão da compreensão sobre informação necessária para obter e manter uma saúde ideal
1705 – Orientação para a saúde	Comprometimento pessoal aos comportamentos de saúde como prioridades no estilo de vida
2002 – Bem-estar pessoal	Extensão da percepção positiva do próprio estado atual de saúde
2000 – Qualidade de vida	Extensão da percepção positiva das atuais circunstâncias de vida

3.3 DOMÍNIO COGNIÇÃO E HUMOR

3.3 DOMÍNIO COGNIÇÃO E HUMOR	
3.3.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
5270 - Apoio emocional	Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse
5250 - Apoio à tomada de decisão	Fornecimento de informações e apoio a um paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde
6440 - Controle do delírio	Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão
4920 - Escuta ativa	Atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um paciente
4720 - Estimulação cognitiva	Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados
5230 - Melhora do enfrentamento	Facilitação de esforços cognitivos e comportamentais para controlar estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram no atendimento às demandas da vida e papéis
2620 – Monitoração neurológica	Coleta e análise dos dados dos pacientes para prevenir ou minimizar complicações neurológicas
5820 - Redução da ansiedade	Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo previsto
3.3.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
1300 - Aceitação: estado de saúde	Ações pessoais para aceitar mudanças significativas na situação de saúde
1311 – Adaptação à mudança	Resposta emocional e comportamental adaptativa de um indivíduo com a função cognitiva intacta a uma mudança necessária no ambiente de vida
1305 – Adaptação psicossocial	Resposta psicossocial da adaptação de um indivíduo à mudança de vida significativa
1402- Autocontrole da ansiedade	Ações pessoais para eliminar ou reduzir os sentimentos de apreensão, tensão ou mal-estar de uma fonte não identificável
1614 – Autonomia pessoal	Ações pessoais de um indivíduo competente para o exercício do governo nas decisões de vida
2002 – Bem-estar pessoal	Extensão da percepção positiva do próprio estado atual de saúde
0900 – Cognição	Capacidade de executar complexos processos mentais
1302 – Enfrentamento	Ações pessoais para o controle de estressores que sobrecarregam os recursos de um indivíduo
1209 – Motivação	Impulso interior que se move ou incita um indivíduo a ação (ões) positiva (s)
0901 – Orientação cognitiva	Capacidade para identificar pessoa, lugar e tempo com exatidão
1606 – Participação nas decisões sobre cuidados de saúde	Envolvimento pessoal na escolha e na avaliação das opções de cuidados de saúde para alcançar o resultado desejado
0906 – Tomada de decisão	Capacidade de fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas
0902 – Comunicação	Recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais

Indispensável no protocolo)

Observações/sugestões

3.4 DOMÍNIO DESEMPENHO FUNCIONAL

3.4 DOMÍNIO DESEMPENHO FUNCIONAL	
3.4.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
1180 - Assistência no autocuidado	Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária
6486 - Controle do ambiente: segurança	Monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção de segurança
6490 - Prevenção contra quedas	Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda
0200 - Promoção do exercício	Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde
0202 - Promoção do exercício: alongamento	Facilitação de exercícios musculares sistemáticos de alongamento lento e permanência na posição para induzir relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos, ou aumentar ou manter a flexibilidade corporal
0201 - Promoção do exercício: treino para fortalecimento	Facilitação de treinamento regular de resistência muscular para manter ou aumentar a força muscular
0221 - Terapia com exercício: deambulação	Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão
0222 - Terapia com exercício: equilíbrio	Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio
5380 - Aumento de segurança	Intensificação da sensação de segurança física e psicológica do paciente
5100 - Melhora da socialização	Facilitação da capacidade de uma pessoa de interagir com os outros
3.4.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
0300 - Autocuidado: atividades da vida diária (AVD)	Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar
0306 - Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	Ações pessoais para realizar as atividades necessárias para atuar em casa ou na comunidade de modo independente com ou sem dispositivos auxiliares
0210 - Desempenho na transferência	Capacidade de trocar o corpo de lugar de forma independente, com ou sem um dispositivo auxiliar
0202 - Equilíbrio	Capacidade de manter o equilíbrio do corpo
0313 - Estado de autocuidado	Ações pessoais para realizar atividades de cuidado pessoal básico e atividades instrumentais da vida diária
0222 - Marcha	Habilidade em caminhar com o alinhamento corporal correto, com ciclo de marcha suave e a um ritmo estável
0208 - Mobilidade	Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar
0212 - Movimento coordenado	Capacidade dos músculos de trabalhar em conjunto de forma voluntária para o movimento intencional
0203- Posicionamento do corpo: autoiniciado	Ações pessoais para mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem dispositivo de auxílio
1934 - Ambiente de cuidado à saúde seguro	Planejamento físico e do sistema para minimizar fatores que podem causar dano físico ou prejuízo à unidade de cuidado de saúde
1503 - Envolvimento social	Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações

indispensável no protocolo)

Observações/sugestões

3.5 DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL

3.5 DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL	
3.5.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
7040 - Apoio ao cuidador	Fornecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde
7120 - Mobilização familiar	Utilização das forças da família para influenciar positivamente a saúde do paciente
7110 - Promoção do envolvimento familiar	Facilitando o envolvimento de familiares nos cuidados emocional e físico do paciente
3.5.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
2609 – Apoio da família durante o tratamento	Capacidade de uma família de estar presente e dar apoio emocional a um indivíduo em tratamento
1504 – Apoio social	Assistência confiável de outras pessoas
2601- Bem-estar familiar	Capacidade de uma família de fornecer um ambiente de apoio, caracterizado por relações e objetivos do membro da família
2508 – Bem-estar do cuidador	Extensão da percepção positiva do estado de saúde do prestador de cuidados de saúde primários
2205 – Desempenho do cuidador: cuidados diretos	Prestação de cuidados pessoais e de saúde adequados a um membro da família por um provedor de cuidados da família
2206 - Desempenho do cuidador: cuidados indiretos	Arranjo e supervisão pelo prestador de cuidados familiar, de cuidados adequados para um membro da família
2202 – Disposição do cuidador para o cuidado domiciliar	Preparo de um cuidador para assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde e membro da família em casa
2600 – Enfrentamento familiar	Capacidade da família para gerenciar estressores que sobrecarregam os recursos da família
2604 – Normalização da família	Capacidade de uma família em desenvolver estratégias de funcionamento ideal quando um membro tem uma doença crônica ou deficiência
2605 – Participação familiar no cuidado profissional	Capacidade de uma família de se envolver na tomada de decisão, na prestação de cuidados e na avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde
2204 – Relacionamento cuidador-paciente	Interações e conexões positivas entre cuidador e receptor de cuidado
2506 – Saúde emocional do cuidador	Bem-estar emocional de provedor de cuidados da família enquanto cuida de familiar

indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

3.6 DOMÍNIO ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

3.6 DOMÍNIO ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO	
3.6.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
7850 - Desenvolvimento de funcionários	Desenvolvimento, manutenção e monitoramento da competência da equipe
7640 - Desenvolvimento de protocolo de cuidados	Elaboração e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o paciente de maneira custo-efetiva
7370 - Plano de alta	Preparo para a transferência de um paciente de um nível de cuidado a outro, no âmbito da mesma instituição de saúde ou para outro local
8020 - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares	Planejamento e avaliação do cuidado do paciente com os profissionais de saúde de outras disciplinas
7960 - Troca de informações sobre cuidados de saúde	Fornecimento de informações sobre o cuidado do paciente a outros profissionais de saúde
3.6.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
0312 – Disposição para a alta: vida com apoio	Condição do paciente para mudar de uma instituição de cuidados de saúde para um nível mais inferior de vida com apoio
0311 – Disposição para a alta: vida independente	Prontidão de um paciente para mudar-se de uma instituição de saúde e viver de forma independente
3013 – Satisfação do cliente: aspectos técnicos dos cuidados	Extensão da percepção positiva do conhecimento e da experiência da equipe de enfermagem utilizados na prestação dos cuidados
3005 – Satisfação do cliente: assistência funcional	Extensão da percepção positiva sobre a assistência de enfermagem para alcançar a mobilidade e o autocuidado
3012 – Satisfação do cliente: ensino	Extensão da percepção positiva de instruções fornecidas pela equipe de enfermagem para melhorar conhecimento, compreensão e participação nos cuidados
3010 - Satisfação do cliente: segurança	Extensão da percepção positiva de procedimentos, informações e cuidados de enfermagem para evitar danos ou ferimentos
3002 – Satisfação do cliente: comunicação	Extensão da percepção positiva sobre informações trocadas entre o cliente e a equipe de enfermagem
3003 – Satisfação do cliente: continuidade dos cuidados	Extensão da percepção positiva sobre a coordenação dos cuidados quando o cliente é transferido de um ambiente de cuidados para outro
3001 – Satisfação do cliente: cuidados	Extensão da percepção positiva sobre a preocupação da equipe de enfermagem com o cliente

protocolo)

Observações/sugestões

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Condições de risco para o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

APÊNDICE 2 – Modelo/sugestão de plano de cuidados direcionado à pessoa idosa hospitalizada

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

APÊNDICE 3 – Distribuição das referências incluídas na revisão sistemática de acordo com autores, título da produção, ano de publicação, periódico/fator de impacto, tipo de estudo, conclusão/recomendações, qualidade da evidência e força de recomendação

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de avaliação cognitiva Mini Cog

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 2 – Confusion Assessment Method (CAM)

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 3 – Escala de avaliação das atividades básicas de vida diária de Barthel

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 4 – Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo)

Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 5 - Intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NIC

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjcEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 6 – Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

ANEXO 7 – Resultados de enfermagem relacionados às intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NOC

Disponível no arquivo do protocolo na íntegra, acesso: https://drive.google.com/file/d/1BxjEcl-V9MDQsOR81oss9IR_CUDoKSB/view?usp=sharing

0 1 2 3 4

Discordo veementemente
(item dispensável no
protocolo) Concordo inteiramente
(informação
extremamente relevante
indispensável no
protocolo)

Observações/sugestões

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Momento 2)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste instrumento, concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Doutoranda Enfermeira Lucimara Sonaglio Rocha (COREN 187182 lucimarazz@hotmail) intitulado, “CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO HOSPITALIZADO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM”. O presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a capacidade funcional de idosos na admissão, ao longo da internação e na alta hospitalar. Constituem-se como objetivos específicos: elaborar e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com foco na capacidade funcional do idoso hospitalizado; analisar os resultados da hospitalização dos idosos em termos de variação da capacidade funcional; identificar variáveis que influenciam modificações da capacidade funcional dos idosos ao longo da internação hospitalar.

A pesquisa será realizada em dois momentos, dos quais participarei do segundo, no qual será elaborado e validado quanto ao conteúdo o protocolo assistencial de enfermagem voltado à manutenção/recuperação da capacidade funcional do idoso hospitalizado considerando as orientações para o seu processo de desenvolvimento proposta de acordo com o método Delphi. Este método é destinado à dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião deste grupo por meio de uma série de questionários, entremeados a feedback controlado das opiniões. A operacionalização da técnica Delphi é realizada por sucessivas rodadas de questionários, aplicados ao grupo de juízes especialistas. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário para a caracterização dos participantes com dados relativos ao sexo, idade, tempo de formação, área de atuação, local de trabalho, estado e cidade de atuação e características técnico-científicas e um instrumento de avaliação do protocolo propriamente dito.

Declaro que fui informado:

- de forma clara dos objetivos, da justificativa e da metodologia de trabalho;
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução CONEP 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Concordo

Discordo

APÊNDICE G – Protocolo de intervenções de enfermagem para manutenção/recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada (versão final – íntegra)



**PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA
PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA**

Os autores do presente protocolo declaram para os devidos fins, não possuir conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos, relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais expostos no presente instrumento.

Declaramos ainda, não possuir conflitos de interesse potenciais ou atuais, de ordem pessoal ou institucional.

RIO GRANDE

2019

1. ÂMBITO E FINALIDADE	
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	
<p>A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade física e mental para a realização das atividades básicas de vida diária (alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, continência vesical e intestinal, transferência para higiene íntima, transferência cadeira-cama, deambulação e subir escadas) e atividades instrumentais de vida diária (atividades realizadas pela pessoa idosa em casa ou na comunidade). Tais atividades repercutem diretamente na autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de execução) fundamentais para a qualidade de vida da pessoa idosa. A capacidade cognitiva também é um fator importante no que se refere à capacidade funcional, uma vez o comprometimento cognitivo pode repercutir negativamente no nível de funcionalidade. A doença aguda e a hospitalização são eventos importantes na trajetória que leva ao declínio da capacidade funcional da pessoa idosa. Estima-se que 35% das pessoas idosas diminuem a capacidade para a realização das atividades básicas de vida diária no período de 15 dias antes da doença aguda que as levou à hospitalização até a alta hospitalar. Essa taxa pode aumentar para 50% em pessoas com 85 anos ou mais.² Entre os eventos negativos associados ao declínio funcional das pessoas idosas estão a predisposição à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, reinternação hospitalar, problemas de mobilidade e morte, resultando em complicações ao longo do tempo, restrição de participação social do indivíduo, além de cuidados de longa permanência e alto custo.^{3,4} De fato, um ano após a alta, menos da metade das pessoas idosas recuperou-se ao nível de funcionamento pré-doença e os índices de reinternação e morte são altos.⁵ Nesse sentido, a (o) enfermeira (o) que atua no cenário hospitalar tem papel fundamental na avaliação funcional da pessoa idosa e implementação de intervenções que visem à manutenção/recuperação de sua capacidade funcional.</p>	
1.2 FINALIDADES DO PROTOCOLO	
Orientar intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa idosa hospitalizada com base nas evidências científicas relacionadas à manutenção/recuperação da capacidade funcional.	
1.3 A QUEM SE DESTINA	Enfermeira (o)
1.4 LOCAL	Atenção hospitalar
1.5 PÚBLICO ALVO	Pessoas idosas hospitalizadas
1.6 INSTRUÇÕES GERAIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplique o Mini Cog (ANEXO 1); 2. Se resultado Mini-Cog ≥ 3 siga para o passo 4; 3. Se Mini Cog 0-2 aplicar <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM) (ANEXO 2). Se CAM positivo, comunicar equipe médica para diagnóstico de <i>delirium</i>;

² Palleschi L, Galdi F, Pedone C. Acute medical illness and disability in the elderly. *Geriatr Care*. 2018 Out; 4: 62-4. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7561/7734>

³ Brown CJ, Roth DL, Allman RM. Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 372-78. Disponível em: <https://annals.org/aim/article-abstract/744380/trajectories-life-space-mobility-after-hospitalization?volume=150&issue=6&page=372>.

⁴ Boyd CM, Landefeld CS, Landefeld SR. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56 (12):2171-79. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x>.

⁵ Sleiman I, Rozzini R, Barbisoni P. Functional trajectories during hospitalization: a prognostic sign for elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64 (6): 659-63. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/64A/6/659/625426>

	<p>4. Aplique as escalas de Barthel (ANEXO 3) e de Lawton e Brody (ANEXO 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na admissão medir retrospectivamente questionando a pessoa idosa ou cuidador (a) sobre o estado funcional 15 dias antes da admissão; a seguir, realizar a avaliação referente ao momento da avaliação⁶; <p>5. Realize a anamnese e exame físico da pessoa idosa atentando à presença de condições de risco para o declínio funcional (APÊNDICE 1);</p> <p>6. Identifique os diagnósticos de enfermagem apropriados utilizando a taxonomia NANDA⁷ (ANEXO 5);</p> <p>7. Selecione no presente instrumento as intervenções de enfermagem que se aplicam à pessoa idosa no que tange a manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NIC⁸;</p> <p>8. Defina as atividades a serem executadas de acordo com a intervenção NIC (ANEXO 6);</p> <p>9. Selecione no presente instrumento os resultados de enfermagem que se aplicam à pessoa idosa no que tange a manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NOC⁹;</p> <p>10. Defina os indicadores e estabeleça as metas do resultado de acordo com o resultado NOC (ANEXO 7);</p> <p>11. Realize os devidos registros, conforme sistema/rotina da instituição hospitalar.</p> <p>12. Reavalie a pessoa idosa diariamente verificando a necessidade de manutenção, inserção ou remoção de diagnósticos, intervenções e resultados.</p>
2 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA	
<p>Para identificar a capacidade funcional da pessoa idosa utilizam-se as seguintes escalas: de Barthel (relacionada às atividades básicas da vida diária), de Lawton e Brody (relacionada às atividades instrumentais da vida diária) e o Mini Cog para a avaliação cognitiva. Identificando alterações no Mini Cog orienta-se a utilização do <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM) para avaliação da presença de <i>delirium</i>. Mesmo utilizando diferentes instrumentos, os testes são de rápida aplicação ampliada pela experiência de aplicação do profissional. Algumas escalas encontram-se disponíveis para download na <i>AppStore</i> para celulares com sistema operacional iOS e na <i>GooglePlay</i> para celulares com sistema operacional Android, facilitando ainda mais a aplicação dos instrumentos. Construímos junto ao protocolo (APÊNDICE 2) um modelo/sugestão de plano de cuidados à pessoa idosa hospitalizada, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta¹⁰, a fim de facilitar a avaliação e registro do processo de enfermagem no ambiente hospitalar, o qual pode ser incorporado ao</p>	

⁶ O período anterior à admissão hospitalar de duas semanas é estabelecido como referência para definir o nível funcional prévio para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

⁷ Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020. 11ªed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

⁸ Bulechek GM et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

⁹ Moorhead S et al. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

¹⁰ Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

sistema de gestão de informações clínicas e assistenciais adotado na instituição hospitalar.	
2.1 ORIENTAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA E DE AVALIAÇÃO COGNITIVA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Leia com atenção as instruções contidas em cada escala; 2. Procure aplicá-las em local tranquilo; 3. Explique a finalidade da aplicação das escalas à pessoa idosa ou seu(ua) cuidador(a); 4. Explique que a aplicação das escalas dura em média 15 minutos. 5. Leve consigo prancheta, papel e caneta para que a pessoa idosa possa realizar o teste do desenho do relógio. 	
3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	
3.1 ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	
Os domínios que constam no presente protocolo foram estruturados de acordo com as intervenções encontradas na literatura e traduzidas para a taxonomia da enfermagem na forma de intervenções. Assim, foram organizadas nos seguintes domínios: domínio estado geral de saúde, domínio cognição e humor, domínio desempenho funcional, domínio suporte social e, finalmente, organização do cuidado. Ao selecionar a Intervenção de Enfermagem contida em cada domínio, consulte na Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem (<i>Nursing Interventions Classification - NIC</i>) as atividades a serem desenvolvidas (ANEXO 6). Após, selecione o resultado esperado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (<i>Nursing Outcomes Classification - NOC</i>) definindo os indicadores e as metas a serem alcançadas (ANEXO 7).	
3.2 DOMÍNIO ESTADO GERAL DE SAÚDE	
3.2.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
6520 - Avaliação de saúde	Detecção de riscos à saúde ou problemas por meio de histórico, exames e outros procedimentos
5510 -Educação em saúde	Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento propício à saúde em indivíduos, famílias, grupos e comunidades
3.2.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
1012 - Estado de autocuidado	Ações pessoais para realizar atividades de cuidado pessoal básico e atividades instrumentais da vida diária
2006 – Estado de saúde pessoal	Funcionamento físico, psicológico, social e espiritual geral de um adulto de 18 anos ou mais
1603 - Comportamento de busca da saúde	Ações pessoais para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes
1602 – Comportamento de promoção da saúde	Ações pessoais para manter ou aumentar o bem-estar

1805 – Conhecimento: comportamentos de saúde	Extensão da compreensão sobre a promoção e proteção da saúde
1823 - Conhecimento: promoção da saúde	Extensão da compreensão sobre informação necessária para obter e manter uma saúde ideal
1705 – Orientação para a saúde	Comprometimento pessoal aos comportamentos de saúde como prioridades no estilo de vida
2002 – Bem-estar pessoal	Extensão da percepção positiva do próprio estado atual de saúde
2000 – Qualidade de vida	Extensão da percepção positiva das atuais circunstâncias de vida
3.3 DOMÍNIO COGNIÇÃO E HUMOR	
3.3.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
5270 -Apoio emocional	Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de estresse
5250 - Apoio à tomada de decisão	Fornecimento de informações e apoio a um paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde
6440- Controle do delírio	Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão
4920 - Escuta ativa	Atenção criteriosa e atribuição de significado às mensagens verbais e não verbais de um paciente
4720 - Estimulação cognitiva	Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados
5230 - Melhora do enfrentamento	Facilitação de esforços cognitivos e comportamentais para controlar estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram no atendimento às demandas da vida e papéis
2620 – Monitoração neurológica	Coleta e análise dos dados dos pacientes para prevenir ou minimizar complicações neurológicas
5820 - Redução da ansiedade	Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo previsto
3.3.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
1300 - Aceitação: estado de saúde	Ações pessoais para aceitar mudanças significativas na situação de saúde
1311 – Adaptação à mudança	Resposta emocional e comportamental adaptativa de um indivíduo com a função cognitiva intacta a uma mudança necessária no ambiente de vida
1305 – Adaptação psicossocial	Resposta psicossocial da adaptação de um indivíduo à mudança de vida significativa
1402- Autocontrole da ansiedade	Ações pessoais para eliminar ou reduzir os sentimentos de apreensão, tensão ou mal-estar de uma fonte não identificável
1614 – Autonomia pessoal	Ações pessoais de um indivíduo competente para o exercício do governo nas decisões de vida

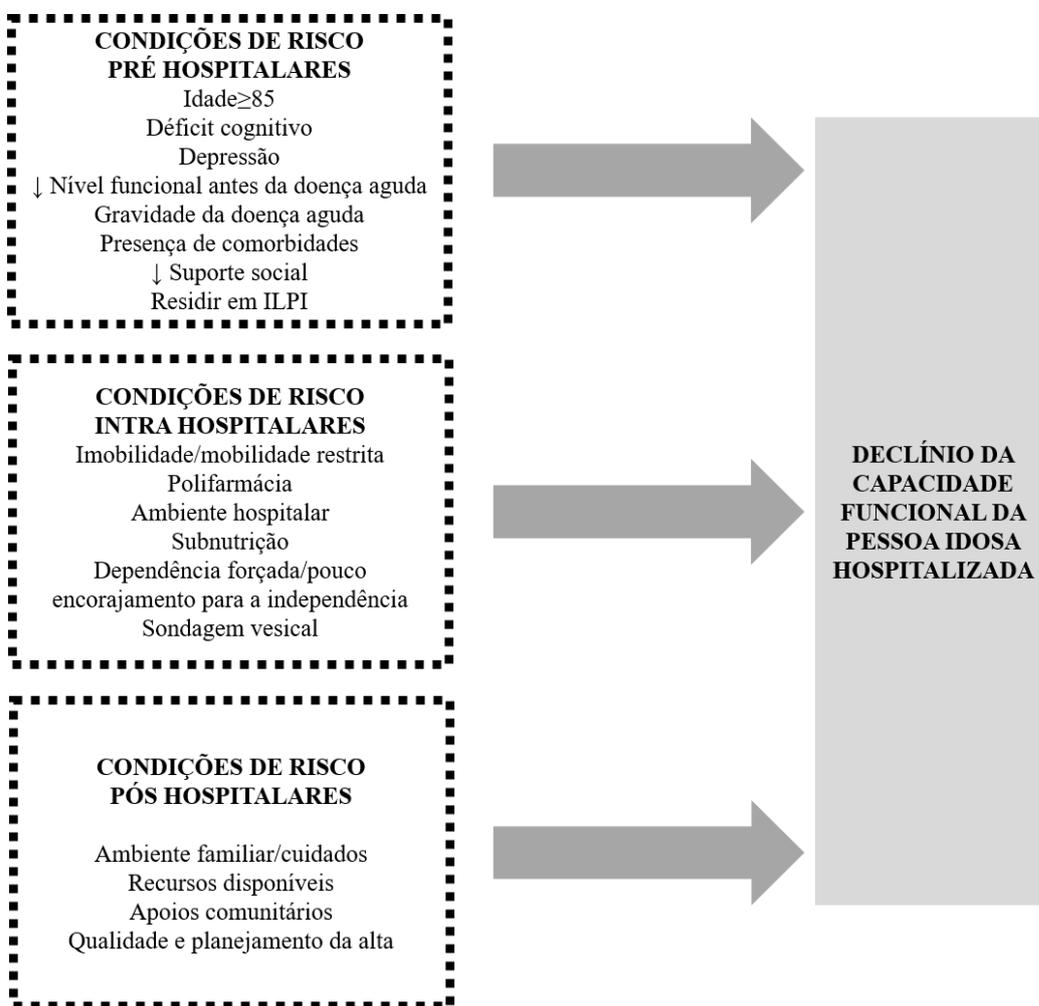
2002 – Bem-estar pessoal	Extensão da percepção positiva do próprio estado atual de saúde
0900 – Cognição	Capacidade de executar complexos processos mentais
1302 – Enfrentamento	Ações pessoais para o controle de estressores que sobrecarregam os recursos de um indivíduo
1209 – Motivação	Impulso interior que se move ou incita um indivíduo a ação (ões) positiva (s)
0901 – Orientação cognitiva	Capacidade para identificar pessoa, lugar e tempo com exatidão
1606 – Participação nas decisões sobre cuidados de saúde	Envolvimento pessoal na escolha e na avaliação das opções de cuidados de saúde para alcançar o resultado desejado
0906 – Tomada de decisão	Capacidade de fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas
0902 – Comunicação	Recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais
3.4 DOMÍNIO DESEMPENHO FUNCIONAL	
3.4.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
1180 - Assistência no autocuidado	Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária
6486 - Controle do ambiente: segurança	Monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção de segurança
6490 - Prevenção contra quedas	Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda
0200 - Promoção do exercício	Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde
0202 - Promoção do exercício: alongamento	Facilitação de exercícios musculares sistemáticos de alongamento lento e permanência na posição para induzir relaxamento, preparar músculos/articulações para exercícios mais vigorosos, ou aumentar ou manter a flexibilidade corporal
0201 - Promoção do exercício: treino para fortalecimento	Facilitação de treinamento regular de resistência muscular para manter ou aumentar a força muscular
0221 - Terapia com exercício: deambulação	Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão
0222 - Terapia com exercício: equilíbrio	Uso de atividades, posturas e movimentos específicos para manter, melhorar ou restaurar o equilíbrio
5380 – Aumento de segurança	Intensificação da sensação de segurança física e psicológica do paciente
5100 – Melhora da socialização	Facilitação da capacidade de uma pessoa de interagir com os outros
3.4.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO

0300 – Autocuidado: atividades da vida diária (AVD)	Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar
0306 – Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	Ações pessoais para realizar as atividades necessárias para atuar em casa ou na comunidade de modo independente com ou sem dispositivos auxiliares
0210 – Desempenho na transferência	Capacidade de trocar o corpo de lugar de forma independente, com ou sem um dispositivo auxiliar
0202 – Equilíbrio	Capacidade de manter o equilíbrio do corpo
0313 – Estado de autocuidado	Ações pessoais para realizar atividades de cuidado pessoal básico e atividades instrumentais da vida diária
0222 – Marcha	Habilidade em caminhar com o alinhamento corporal correto, com ciclo de marcha suave e a um ritmo estável
0208 – Mobilidade	Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar
0212 – Movimento coordenado	Capacidade dos músculos de trabalhar em conjunto de forma voluntária para o movimento intencional
0203- Posicionamento do corpo: autoiniciado	Ações pessoais para mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem dispositivo de auxílio
1934 – Ambiente de cuidado à saúde seguro	Planejamento físico e do sistema para minimizar fatores que podem causar dano físico ou prejuízo à unidade de cuidado de saúde
1503 – Envolvimento social	Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações
3.5 DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL	
3.5.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
7040 - Apoio ao cuidador	Fornecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde
7120 - Mobilização familiar	Utilização das forças da família para influenciar positivamente a saúde do paciente
7110 - Promoção do envolvimento familiar	Facilitando o envolvimento de familiares nos cuidados emocional e físico do paciente
3.5.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
2609 – Apoio da família durante o tratamento	Capacidade de uma família de estar presente e dar apoio emocional a um indivíduo em tratamento
1504 – Apoio social	Assistência confiável de outras pessoas
2601- Bem-estar familiar	Capacidade de uma família de fornecer um ambiente de apoio, caracterizado por relações e objetivos do membro da família
2508 – Bem-estar do cuidador	Extensão da percepção positiva do estado de saúde do prestador de cuidados de saúde primários

2205 – Desempenho do cuidador: cuidados diretos	Prestação de cuidados pessoais e de saúde adequados a um membro da família por um provedor de cuidados da família
2206 - Desempenho do cuidador: cuidados indiretos	Arranjo e supervisão pelo prestador de cuidados familiar, de cuidados adequados para um membro da família
2202 – Disposição do cuidador para o cuidado domiciliar	Preparo de um cuidador para assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde e membro da família em casa
2600 – Enfrentamento familiar	Capacidade da família para gerenciar estressores que sobrecarregam os recursos da família
2604 – Normalização da família	Capacidade de uma família em desenvolver estratégias de funcionamento ideal quando um membro tem uma doença crônica ou deficiência
2605 – Participação familiar no cuidado profissional	Capacidade de uma família de se envolver na tomada de decisão, na prestação de cuidados e na avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde
2204 – Relacionamento cuidador-paciente	Interações e conexões positivas entre cuidador e receptor de cuidado
2506 – Saúde emocional do cuidador	Bem-estar emocional de provedor de cuidados da família enquanto cuida de familiar
3.6 DOMÍNIO ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO	
3.6.1 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	DEFINIÇÃO
7850 - Desenvolvimento de funcionários	Desenvolvimento, manutenção e monitoramento da competência da equipe
7640 - Desenvolvimento de protocolo de cuidados	Elaboração e uso de uma sequência programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o paciente de maneira custo-efetiva
7370 - Plano de alta	Preparo para a transferência de um paciente de um nível de cuidado a outro, no âmbito da mesma instituição de saúde ou para outro local
8020 - Reunião para avaliação de cuidados multidisciplinares	Planejamento e avaliação do cuidado do paciente com os profissionais de saúde de outras disciplinas
7960 - Troca de informações sobre cuidados de saúde	Fornecimento de informações sobre o cuidado do paciente a outros profissionais de saúde
3.6.2 RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	DEFINIÇÃO
0312 – Disposição para a alta: vida com apoio	Condição do paciente para mudar de uma instituição de cuidados de saúde para um nível mais inferior de vida com apoio
0311 – Disposição para a alta: vida independente	Prontidão de um paciente para mudar-se de uma instituição de saúde e viver de forma independente
3013 – Satisfação do cliente: aspectos técnicos dos cuidados	Extensão da percepção positiva do conhecimento e da experiência da equipe de enfermagem utilizados na prestação dos cuidados

3005 – Satisfação do cliente: assistência funcional	Extensão da percepção positiva sobre a assistência de enfermagem para alcançar a mobilidade e o autocuidado
3012 – Satisfação do cliente: ensino	Extensão da percepção positiva de instruções fornecidas pela equipe de enfermagem para melhorar conhecimento, compreensão e participação nos cuidados
3010 - Satisfação do cliente: segurança	Extensão da percepção positiva de procedimentos, informações e cuidados de enfermagem para evitar danos ou ferimentos
3002 – Satisfação do cliente: comunicação	Extensão da percepção positiva sobre informações trocadas entre o cliente e a equipe de enfermagem
3003 – Satisfação do cliente: continuidade dos cuidados	Extensão da percepção positiva sobre a coordenação dos cuidados quando o cliente é transferido de um ambiente de cuidados para outro
3001 – Satisfação do cliente: cuidados	Extensão da percepção positiva sobre a preocupação da equipe de enfermagem com o cliente

APÊNDICE 1 - Condições de risco para o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada ¹¹



A imobilidade/mobilidade restrita diminui a massa muscular/capacidade aeróbica/massa óssea e aumenta a instabilidade vasomotora e ainda é fator de risco para o *delirium*/aspiração/úlceras por pressão/quedas. O ambiente hospitalar nem sempre é seguro pois desestimula a mobilidade, agrava a desorientação, perturba o sono, leva ao isolamento social e aumenta a probabilidade de quedas. A subnutrição está associada a períodos prolongados de pedidos de restrição de dieta (NPO), dieta não adequada às preferências da pessoa idosa e falta de acesso a alimentos e líquidos. O uso de dispositivos (sondas) tem sido associado a efeitos deletérios, como úlceras de pressão, infecções recorrentes do trato urinário, depressão e dependência funcional.

¹¹Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Ger Soc.* 2003; 51: 451-58. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x?sid=nlm%3Apubmed>
 Fimognari FL et al. The severity of acute illness and functional trajectories in hospitalized older medical patients. *J Geront.* 2017; 1(1): 102-8. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/72/1/102/2629923>
 Palleschi L, Galdi F, Pedone C. Acute medical illness and disability in the elderly. *Geriat Care.* 2018 Out; 4: 62-4. Disponível em: <https://www.pagepressjournals.org/index.php/gc/article/view/7561/7734>
 Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-Associated Disability: “She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”. *J Am Med As.* 2011; 306(16): 1782-89.

- restrição física (contenção mecânica)
- polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos)
- utilização de dispositivos médicos que dificultem a deambulação. Qual (is)
- antecedentes de quedas. Quantas? Ocorrência de fraturas?

Apresenta: hemiplegia paraplegia paralisia atividade motora diminuída dor ao movimento inatividade fadiga coordenação prejudicada
 incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito alterações posturais alterações no alinhamento da coluna distúrbios na marcha medo de quedas
 outras condições

Atividades Básicas da Vida Diária (escala de Barthel adaptada)

Verificar considerando: (1) Independente (2) Necessita de ajuda (3) Dependente

- alimentação banho vestuário higiene pessoal eliminações intestinais eliminações vesicais uso do vaso sanitário
- passagem cadeira-cama deambulação escadas

AVD Instrumentais (escala de Lawton e Brody adaptada)

Verificar considerando: (1) Independente (2) Semidependente (3) Dependente

- utilizar telefone usar meios de transporte fazer compras preparar refeições cuidar da casa trabalhos manuais lavar e passar sua roupa
- tomar sua medicação cuidar de suas finanças

3. AVALIAÇÃO COGNITIVA (Mini Cog)

Evocação das palavras

Verificar considerando (1 ponto) sim (0 pontos)

- capitão jardim fotografia

Teste do desenho do relógio

Verificar considerando (2 pontos) correto (0 pontos) incorreto

- correto incorreto

RESULTADO

- 3 -5 pontos = negativo para déficit cognitivo
- 0 -2 pontos = positivo para déficit cognitivo – aplicar *Confusion Assessment Method (CAM)*

Confusion Assessment Method (CAM)

1. Há alterações agudas do estado mental ou de curso flutuante? () sim () não
 2. Há déficit de atenção marcante? () sim () não
 3. O pensamento e discurso estão desorganizados? () sim () não
 4. Há alteração do nível de consciência?
 () não, normal = alerta () hiperalerta = vigilante () sonolento, facilmente despertado = letárgico () dificuldade para despertar = estupor
 () não despertável = coma

RESULTADO

- () $1+2+3 / 1+2+4 / 1+2+3+4 = \text{CAM} + (\text{positivo}) = \textit{delirium}$
 () outro resultado = CAM – (negativo)

4 AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR

Moradia

- () mora só () institucionalizado () com pessoas da família. Quantas/quem
 () outros. Quanta/quem?
 () presença de um responsável pelo cuidado (cuidador) Quem
 () participa de atividades em grupo (ex. grupo de pessoas idosas, igrejas...). Qual (is)

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Oxigenação

- Respiração () espontânea () cateter () máscara () traqueostomia () VM O₂ litros/min
 () dispnéia () taquipnéia () bradipnéia
 Ausculta pulmonar () ruídos adventícios () roncos () sibilos () estertores
 () tosse () improdutiva () produtiva () expectoração – Coloração
 () drenagem torácica. Tempo e Características Volume mL

Regulação cardiovascular

- Pulso () regular () irregular () impalpável () filiforme () palpável () cheio
 Coloração da pele () corado () hipocorado () cianose
 Presença de edema () MMSS () MMII () mixedema () anasarca () sinal de cacifo

Hidratação e Eliminação Vesical

Turgidez da pele () preservada () diminuída

Eliminação urinária Volume: _____ml/h () espontânea () retenção () incontinência ()SVD () cistostomia

Características: () disúria () oligúria () anúria () poliúria () urgência urinária () perda aos esforços () perda involuntária () Hematúria () Outros

Alimentação e Eliminação Intestinal

Peso kg Altura: m IMC kg/m² () baixo peso < 22 kg/m² () adequado ≥ 22 e ≤ 27 kg/m² () sobrepeso > 27 kg/m²

Circunferência da panturrilha cm () Adequada ≥ 31 cm () Perda de massa muscular < 31 cm

Apetite () normal () aumentado () diminuído

Via de administração () oral () SNG/SNE () gastrostomia () parenteral () mastigação alterada () uso de prótese dentária () deglutição alterada

Presença de () náusea () vômito (quantidade e característica)

Abdome () plano () globoso () distendido () doloroso à palpação () Outros

RHA () presente () ausente () diminuído () aumentado

Eliminação intestinal () normal () constipação () diarreia () incontinência () ileostomia () colostomia () Outros

Integridade cutâneo-mucosa

Pele () normal () cianose () icterícia () palidez

() pele hiperemiada. Localização

() prurido. Localização

() petéquias. Localização

() equimoses. Localização

() hematomas. Localização

() escoriações. Localização

() sugestivo de violência

() presença de úlceras por pressão. Local (is)

Estágio () I () II () III () IV Tipo de cobertura

Olhos () Icterícia () Edema de conjuntiva () Outros

Sono/Repouso

Alteração nos hábitos de sono () problemas para adormecer () insônia () uso de medicamentos para dormir. Qual

Imunológicos

- alergia. Agente
 alergia à medicamento(s). Qual (is)
 risco de infecção

Percepção

- perda total da visão déficit visual utilização de óculos/lentes
 perda total da audição presença de déficit auditivo utilização de aparelho auditivo
 paladar ausente paladar diminuído sensibilidade tátil diminuída
 dor . Local
 dificuldade de comunicação verbal afonia dislalia disartria disfasia afasia

Abrigo/Segurança/Espaço

- presença de instalações adaptadas à pessoa idosa ambiente que preserva privacidade acesso à campainha cama com grades laterais
 Apresenta medo da morte medo de sofrimento medo de cair

Amor/Auto-estima/Auto-imagem

- Apresenta agitação agressividade ansiedade apatia manifestações de carência afetiva sentimentos e atitudes negativas relacionadas
 Necessita ser acolhido compreendido ouvido aceito e integrado

Terapêutica

- Rede venosa cateter periférico n° cateter jugular n° PICC. Localização mono lúmen. Localização duplo lúmen. Localização Outro
 Data da inserção Características do local
 Dreno. Tipo Local Características

Observações/impressões

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Intervenção de Enfermagem (NIC)	Resultados de Enfermagem (NOC)							AVALIAÇÃO INICIAL (ADMISSÃO)	AVALIAÇÃO DIÁRIA	DESFECHO *
1. Mobilidade prejudicada: potencia ou real		<i>Autocuidado: atividades da vida diária (AVD)</i> Indicadores: - Alimentar-se - Vestir-se - Higiene íntima - Tomar banho - Arrumar-se - Higiene oral - Andar - Desempenho na transferência - Posicionar-se	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
	- Assistência no autocuidado - Promoção do exercício - Aumento da segurança		Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									
		<i>Ambiente de cuidado à saúde seguro</i> Indicadores: - Fornecimento de iluminação - Colocação de corrimões - Sistema de chamada de enfermagem ao alcance - Cama em posição baixa	Não adequado 1	Levemente adequado 2	Moderadamente adequado 3	Substancialmente adequado 4	Totalmente adequado 5	NA			

		<ul style="list-style-type: none"> - Organização dos móveis para reduzir os riscos de acordo com as necessidades do paciente - Fornecimento de dispositivos auxiliares em locais acessíveis - Política de prevenção de quedas - Programa de segurança do paciente - Uso de protocolos de prática baseada em evidência - Avaliação do uso de contenção física e política de reavaliação 									
		Classificação da meta do resultado: Manter em ___ Aumentar para ___									
2. Potencial para confusão: aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoração neurológica - Estimulação cognitiva - Redução da ansiedade - Controle do delírio - Prevenção contra quedas 	<i>Cognição</i> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para ficar atento - Concentração - Orientação cognitiva 	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ___ Aumentar para ___									
		<i>Orientação cognitiva</i> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Identifica a si mesmo - Identifica pessoas significativas - Identifica o local onde está no momento - Identifica o ano correto 	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ___ Aumentar para ___									
		<i>Autocontrole da ansiedade</i> Indicadores:	Nunca demonstrado 1	Raramente demonstrado 2	Algumas vezes demonstrado 3	Frequentemente demonstrado 4	Consistentemente demonstrado 5	NA			

		- Mantém o desempenho de papel - Mantém a concentração - Mantém sono adequado - Controla a resposta a ansiedade									
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									
		<i>Estado neurológico:</i> Indicadores: - Consciência - Orientação cognitiva - Estado cognitivo	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									
3. Risco de tensão no papel de cuidador	- Apoio ao cuidador	<i>Bem estar do cuidador</i> Indicadores: - Saúde física - Saúde psicológica - Disponibilidade de folga ao cuidador - Papel de cuidador	Não muito satisfeito 1	Pouco satisfeito 2	Moderadamente satisfeito 3	Muito satisfeito 4	Completamente satisfeito 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									
		<i>Relacionamento cuidador-paciente</i> Indicadores: - Comunicação efetiva - Paciência - Calma - Companheirismo - Cuidado - Respeito mútuo	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	Às vezes positivo 3	Frequentemente positivo 4	Consistentemente positivo 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									
		<i>Saúde emocional do cuidador</i> Indicadores: - Satisfação com a vida - Sensação de controle	Gravemente comprometido 1	Muito comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5	NA			
		Classificação da meta do resultado: Manter em ____ Aumentar para ____									

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
-----------------------------------	--

* () ALTA PARA O DOMICÍLIO () TRANSFERÊNCIA () INSTITUCIONALIZAÇÃO () ÓBITO () EVASÃO

APÊNDICE 3 – Distribuição das referências incluídas na revisão sistemática de acordo com autores, título da produção, ano de publicação, periódico/fator de impacto, tipo de estudo, conclusão/recomendações, qualidade da evidência e força de recomendação

	AUTORES	TÍTULO	ANO	PERIÓDICO/ FATOR DE IMPACTO	TIPO DE ESTUDO	CONCLUSÃO/ RECOMENDAÇÕES	QUALIDADE DA EVIDÊNCIA E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO
1	ZISBERG, A. <i>et al.</i>	No one size fits all-the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the "WALK-FOR" study	2018	BMC Geriatrics/2.866	Estudo de coorte	<p>O modelo SEIPS-2.0 pode servir como um guia útil para a implementação de uma intervenção de mobilidade. Este processo, que depende de recursos locais, pode promover mudanças práticas e sustentáveis que podem apoiar uma reabilitação e recuperação eficaz e precoce.</p> <p>1. promover a mobilidade na prática clínica diminui os resultados negativos de pacientes idosos associados à hospitalização; 2. familiares são facilitadores (ou não) da mobilidade no ambiente hospitalar, a depender da disponibilidade das informações sobre sua importância e sobre a forma de promovê-la; 3. são necessários procedimentos claros para avaliar, relatar, apoiar e promover o caminhar dos pacientes.</p>	B2
2	BURGE, E. <i>et al.</i>	Does physical exercise improve ADL capacities in people over 65 years with moderate or severe dementia hospitalized in an acute psychiatric setting? A multisite randomized clinical trial	2017	International psychogeriatrics/ 2.261	Ensaio clínico randomizado	<p>Os escores das atividades de vida diária em idosos com demência moderada a grave se deterioram durante a fase de hospitalização psiquiátrica. Um programa de exercícios atrasa a perda de mobilidade, mas não tem um impacto significativo nas pontuações gerais das atividades de vida diária.</p> <p>1. a estimulação regular da caminhada pode contribuir para retardar a perda de mobilidade de idosos com demência ao longo da internação hospitalar; 2. sugerimos, a fim de aumentar a adesão a um regime de exercícios, integrar a mobilidade nas atividades cotidianas, por exemplo, estimulando os pacientes das enfermarias do hospital para caminhar até a sala de jantar – desta forma o exercício pode ser visto como um subproduto de uma atividade mais significativa e pode ser facilmente continuado quando os pacientes retornarem ao seu local de residência anterior;</p>	B2

						<p>3. preservar a mobilidade tem um impacto importante na carga de trabalho dos cuidadores;</p> <p>4. a perda da capacidade para a realização das atividades de vida diária aumenta o risco do paciente ser institucionalizado;</p> <p>5. A diferença entre os dois grupos para itens relacionados à continência é surpreendente. No grupo experimental, a perda da continência vesical e intestinal é de -0,162 e -0,003, respectivamente enquanto no grupo controle as perdas foram de -0,600 e -0,344.</p>	
3	BOLTZ, M. <i>et al.</i>	Testing family-centered, function-focused care in hospitalized persons with dementia	2015	Neurodegenerative disease management/ 2.785	Estudo de coorte	<p>A Intervenção Centrada na Família e Focada na Função (<i>Family-Centered Function-Focused-Care - Fam-FFC</i>) apresenta um caminho possível para atender o triplo objetivo de melhorar o atendimento ao paciente, melhorar sua saúde e reduzir os custos de atendimento das pessoas idosas com demência.</p> <p>1. Envolver família e pacientes em planos de cuidado individualizados, que enfoquem o autocuidado e a atividade dentro do ambiente hospitalar, melhora o desempenho dos idosos nas atividades de vida diária, na recuperação/manutenção cognitiva e na caminhada;</p> <p>2. A intervenção foi associada a uma diminuição significativa na gravidade do delirium global da admissão até duas semanas e dois meses após a alta ($F [1,4] = 4,1$; $p = 0,03$, parcial $\eta^2 = 0,08$).</p>	B1
4	MARIANO, C. <i>et al.</i>	Geriatric Assessment of Older Adults With Cancer During Unplanned Hospitalizations: An Opportunity in Disguise	2015	The oncologista/5.306	Estudo de caso-controle	<p>A avaliação geriátrica foi viável na população de idosos com câncer hospitalizados. Estes pacientes têm altos níveis de déficits psicossociais; no entanto, o reconhecimento clínico e a gestão dos déficits era deficiente. A utilização de instrumentos de avaliação geriátrica para orientar os encaminhamentos para os serviços apropriados está longe de potencialmente melhorar os resultados nesta população vulnerável.</p> <p>1. A polifarmácia foi documentada neste estudo, mesmo com as evidências desta aumentar o risco de quedas, eventos adversos a medicamentos, hospitalização e utilização de cuidados de saúde. Também foi identificado o uso de medicamentos inapropriados ao idoso. Na média, os pacientes foram submetidos a um total de 9 medicamentos (incluindo medicamentos, suplementos e vitaminas conforme necessário). No geral, 53% dos os pacientes receberam alta utilizando 10 ou mais medicamentos.</p>	C1

5	BOLTZ, M. <i>et al.</i>	Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults	2014	Journal of the American Geriatrics Society/4.155	Estudo de coorte	<p>A Intervenção Centrada na Família e Focada na Função (<i>Family-Centered Function-Focused-Care - Fam-FFC</i>) é viável e tem o potencial de melhorar os desfechos dos idosos hospitalizados e seus cuidadores.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes que participaram do Fam-FFC tiveram melhor desempenho nas atividades básicas de vida diária ($F(2,3) = 3,3, P = 0,03$), com melhora evidente 2 meses após a alta com retorno ao desempenho inicial; 2. A porcentagem de cuidadores experimentando ansiedade aumentou de 16% na admissão ($n = 12$) para 34% ($n = 16$) ($p = 0,01$) na alta no grupo controle e diminuiu de 36% ($n = 18$) para 22% ($n = 11$) ($p < 0,001$) no grupo de intervenção. Escores de depressão diferiram significativamente entre os grupos ($F(2,1) = 4,4, P = 0,01$). A porcentagem de cuidadores no grupo Fam-FFC caiu de 22% ($n = 11$) na admissão para 10% ($n = 5$) na alta e 2 meses após a alta ($P < .001$), enquanto a porcentagem de FCG no grupo controle experimentou depressão aumentada de 11% ($n = 5$) a 13% ($n = 6$) ($p = 0,02$). 	B1
6	HASTINGS, S. N. <i>et al.</i>	Assisted early mobility for hospitalized older veterans: preliminary data from the STRIDE program	2014	Journal of the American Geriatrics Society/4.155	Estudo de coorte	<p>A Mobilidade Precoce Assistida para Veteranos Idosos Hospitalizados (<i>Assisted Early Mobility for Hospitalized Older Veterans - STRIDE</i>), um programa de caminhada supervisionada para veteranos idosos hospitalizados, foi viável e seguro e os participantes do programa eram menos propensos a receber alta para um “centro de cuidados de enfermagem especializado” do que em comparação com um grupo demograficamente semelhante. O STRIDE é uma promissora abordagem interdisciplinar para promover a mobilidade e melhorar os resultados em veteranos idosos hospitalizados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de caminhada supervisionadas, como o STRIDE, podem ser mais eficazes combinados com mudanças no ambiente cultural e físico hospitalar ou com protocolos dirigidos por enfermeiros para promover mobilidade em todos os pacientes internados; 2. Uma série de barreiras para a mobilidade foram observadas: refeições fornecidas no leito, mensagens diferentes sobre se devem ou não sair da cama fornecidas pela equipe, falta de destinos de 	C2

						interesse que incentivem as pessoas a aventurar-se fora de seus quartos.	
7	LEE, J. H. <i>et al.</i>	The effects of shared situational awareness on functional and hospital outcomes of hospitalized older adults with heart failure	2014	Journal of multidisciplinary healthcare/-	Ensaio clínico randomizado	A intervenção da consciência situacional compartilhada (<i>Shared Situational Awareness -SSA</i>) aumentou os benefícios da fisioterapia para idosos com declínio funcional. Quando aplicado a idosos com insuficiência cardíaca na forma de reuniões multidisciplinares diárias, a intervenção da SSA melhorou os resultados funcionais e reduziu a transferência para “centros de cuidados de enfermagem especializado” após a hospitalização. 1. A incapacidade funcional na alta hospitalar foi menor no grupo de intervenção (28%) do que no grupo controle (37%; RR = 0,74; IC 95%, 0,35-0,97; P = 0,026).	A1
8	NOLAN, J.; THOMAS, S.	Targeted individual exercise programmes for older medical patients are feasible, and may change hospital and patient outcomes: a service improvement project	2008	BMC health services research/1.843	Estudo de coorte	É possível identificar pacientes idosos hospitalizados que possam se beneficiar de um programa de exercícios para promoção das habilidades funcionais dentro de 48 horas da admissão. 1. A implementação de programas de exercício para a manutenção funcional são viáveis dentro de instituições hospitalares.	B2
9	COLE, M. G. <i>et al.</i>	Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial	2006	Canadian Medical Association Journal/6.818	Ensaio clínico randomizado	Não fomos capazes de demonstrar que a detecção e atendimento multidisciplinar da depressão foi mais benéfica do que o cuidado usual para pacientes idosos hospitalizados. 1. As diferenças nas taxas de depressão maior foram de 45,5% no grupo controle e de 56,7% no grupo intervenção. Os dados não são significativos estatisticamente mas foram potencialmente importantes clinicamente	C1

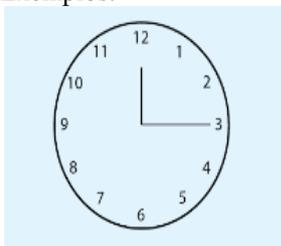
ANEXO 1 – Escala de avaliação cognitiva Mini Cog

ESCALA DE AVALIAÇÃO COGNITIVA MINI COG	
INSTRUÇÕES	
1. Obter a atenção do idoso. Pedir para repetir as palavras "capitão", "jardim" e "fotografia" e memorizá-las.	- Permitir três tentativas e em seguida ir para o próximo item. - As palavras selecionadas fazem parte de uma lista validada em estudos clínicos.
2. Pedir para o idoso: a) desenhar o mostrador de um relógio. b) desenhar os ponteiros de modo que marquem 11h10 Exemplo: "Abaixo, temos o mostrador de um relógio. - Gostaria que o Sr.(a) colocasse os números dentro dele". Aguarde o paciente terminar a tarefa e diga: "Por favor, agora indique o horário 11:10. Certifique-se sempre que o paciente compreendeu as instruções antes de dar início à tarefa.	- Entregar uma folha com um círculo (10 cm) desenhado. - A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2; para fins de pontuação, não deverá ser considerado os tamanhos dos ponteiros. - Estes horário específico é mais sensível que outros. - Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o idoso. - Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. - Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao final de três minutos.
3. Pedir ao idoso para recordar-se das três palavras do passo 1	

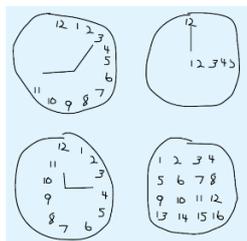
PONTUAÇÃO			PONTUAÇÃO OBTIDA
Evocação das palavras	Sim	Não	
1. capitão	1	0	
2. jardim	1	0	
3. fotografia	1	0	
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO	Correto	Incorreto/não foi capaz de desenhar/recusa em desenhar	
	2	0	
TOTAL			

RESULTADOS NORMAIS 3 a 5 pontos Negativo para déficit cognitivo	RESULTADOS ANORMAIS 0 a 2 pontos Positivo para déficit cognitivo
--	---

Exemplos:



Relógio normal



Relógio anormal

IMPORTANTE

Sempre que se aplica uma prova de detecção deve-se considerar que o instrumento por si só não confirma a presença de demência. Este pode indicar que o paciente sofre de outro tipo de enfermidade, como depressão, hipotireoidismo ou qualquer outra doença que se manifestam como a demência. O nível de escolaridade da pessoa idosa também pode interferir no resultado do teste, pois acarreta maior risco de falso positivo.

ANEXO 2 – Confusion Assessment Method (CAM)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)		
1	Alterações agudas do estado mental ou de curso flutuante	Pode ser obtida informações com familiares: “Há evidência de mudança no estado mental basal?” “A alteração de comportamento variou durante o dia, ou seja, apareceu e desapareceu ou aumentou ou diminuiu de intensidade?”
2	Déficit de atenção marcante	Evidenciado por presença de: “Dificuldade de atenção/concentração, por exemplo, sendo facilmente distraído ou tendo dificuldade em manter entendimento do que está sendo dito?”
3	Pensamento e discurso desorganizados	Evidenciado por presença de: “Pensamento do paciente desorganizado ou incoerente com fluxo de ideias ilógico ou mudança de assunto de maneira imprevisível”.
4	Alteração do nível de consciência	Qualquer nível de consciência exceto alerta: Normal = alerta Hiperalerta = vigilante Sonolento, facilmente despertado = letárgico Dificuldade para despertar = estupor Não despertável = coma

RESULTADO/INTERPRETAÇÃO

CAM POSITIVO (+)	1+2+3/ 1+2+4 /1+2+3+4 (INDICATIVO DE DELIRIUM)
CAM NEGATIVO (-)	QUALQUER OUTRO RESULTADO

DELIRIUM¹²	
Fatores predisponentes	Déficit cognitivo pré-existente/demência, idade maior que 65 anos, episódio prévio de <i>delirium</i> , sexo masculino, múltiplas comorbidades, doenças crônicas, status funcional ruim, polifarmácia, hepatopatia, insuficiência renal crônica, doença terminal, desidratação, depressão, desnutrição, déficits sensoriais.
Fatores precipitantes	Medicamentos, procedimentos médicos/cirurgias, doenças agudas (infecções, infarto agudo, acidente vascular cerebral, trauma, etc.), imobilização prolongada, uso de equipamentos invasivos (sonda vesical, sonda nasoenteral), restrição física, desidratação, desnutrição, iatrogenia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos, mudanças de ambiente, abuso ou abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas), privação de sono prolongada.
Medicações associadas ao desenvolvimento	- Anticolinérgicos (anti-histamínicos, atropina, hioscina, difenidramina, tricíclicos), antimicrobianos (quinolonas, aciclovir, macrolídeos, sulfonamidas, cefalosporinas, aminoglicosídeos, anfotericina), analgésicos (opióides, AINE's), corticosteroides, agonistas dopaminérgicos (levodopa, pramipexol, bromocriptina, amantadina), anticonvulsivantes (ácido valproílico, fenitoína, carbamazepina), antidepressivos (mirtazapina, inibidores de recaptação de serotonina, tricíclicos), sedativos (benzodiazepínicos, barbitúricos), relaxantes musculares, cardiovasculares (antiarrítmicos, betabloqueadores, metildopa, clonidina, diuréticos, digitálicos), gastrointestinais (bloqueadores H2, metoclopramida, loperamida), antiespasmódicos e outros, tais como fitoterápicos, lítio, donepezil, fenotiazinas.
Quadro clínico	- Início agudo, curso flutuante durante o dia/ intervalos lúcidos presentes, déficit de atenção, pensamento desorganizado, alteração no nível de consciência, déficits cognitivos, distúrbios da percepção (delírios e alucinações), alterações psicomotoras (hiper ou hipoatividade), alterações no ciclo sono-vigília, distúrbios emocionais (labilidade, ansiedade etc).

¹² LÔBO, R.R. et al. Delirium. *Medicina* (Ribeirão Preto), v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010.

ANEXO 3 – Escala de avaliação das atividades básicas de vida diária de Barthel

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DE BARTHEL			
ATIVIDADE AVALIADA	PONTOS	AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
Alimentação	10	INDEPENDENTE: capaz de usar qualquer talher. Come em tempo razoável.	
	5	AJUDA: necessita de ajuda para cortar, passar a manteiga.	
	0	DEPENDENTE	
Banho	5	INDEPENDENTE: lava-se por completo em ducha ou banho de imersão ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem a ajuda de outra pessoa.	
	0	DEPENDENTE	
Vestuário	10	INDEPENDENTE: veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. coloca a cinta para hérnia ou corpete S/N.	
	5	AJUDA: necessita de ajuda, mas realiza, pelo menos, metade das tarefas em tempo razoável.	
	0	DEPENDENTE	
Higiene pessoal	5	INDEPENDENTE: lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada no caso de aparelho elétrico.	
	0	DEPENDENTE	
Eliminações intestinais	10	CONTINENTE: não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, se coloca por si só.	
	5	INCONTINENTE OCASIONAL: apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para a aplicação de enemas ou supositórios.	
	0	INCONTINENTE	
Eliminações vesicais	10	CONTINENTE: não apresenta episódios de incontinência. quando faz uso de sonda, toma suas próprias providências.	
	5	INCONTINENTE OCASIONAL: apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para uso de sonda ou outro dispositivo.	
	0	INCONTINENTE	
Uso do vaso sanitário	10	INDEPENDENTE: usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (com ou sem barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.	
	5	AJUDA: necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	
	0	DEPENDENTE	
Passagem cadeira-cama	15	INDEPENDENTE: não necessita de qualquer ajuda. Se utiliza cadeira de rodas o faz independentemente.	
	10	AJUDA MÍNIMA: necessita de ajuda ou supervisão mínima.	
	5	GRANDE AJUDA: é capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.	
	0	DEPENDENTE	
Deambulação	15	INDEPENDENTE: pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengala, muleta, prótese ou andador.	
	10	AJUDA: pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.	
	5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS movimenta-se na cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.	
	0	DEPENDENTE	
Escadas	10	INDEPENDENTE: é capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivo como muleta ou bengala, ou se apoie no corrimão.	
	5	AJUDA: necessita de ajuda física ou de supervisão.	
	0	DEPENDENTE	
PONTUAÇÃO TOTAL			

INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO

Dependência SEVERA < 45 pontos	Dependência GRAVE 45 – 59 pontos	Dependência MODERADA 60 – 79 pontos	Dependência LEVE 80-99 pontos	INDEPENDENTE 100 pontos
--	--	---	---	-----------------------------------

ANEXO 4 – Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY			
ATIVIDADE AVALIADA	PONTOS	AVALIAÇÃO	
Consegue usar o telefone?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue fazer compras?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue preparar suas próprias refeições?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue arrumar a casa?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue lavar e passar suas roupas?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
Consegue cuidar de suas finanças?	3	Sem ajuda	
	2	Com ajuda parcial	
	1	Não consegue	
PONTUAÇÃO TOTAL			
DATA DA COLETA			
DATA DA COLETA		INDEPENDÊNCIA/DEPENDÊNCIA PARCIAL/DEPENDÊNCIA PARA AS AIVD*	
Me			
ADMISSÃO			
ALTA			

As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas

* 9 Dependente

10-18 Semidependente

19-27 Independente

INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO

DEPENDENTE 9 PONTOS	SEMIDEPENDENTE 10-18	INDEPENDENTE 19-27
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

ANEXO 5 - Intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NIC

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM FOCO NA MANUTENÇÃO/RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE ACORDO COM A NIC	
7040 - APOIO AO CUIDADOR	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o nível de conhecimento do cuidador • Determinar a aceitação do papel de cuidador • Reconhecer manifestações de emoção negativa • Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador • Explorar os pontos fortes e fracos com o cuidador • Reconhecer a dependência que o paciente tem do cuidador, conforme apropriado • Fazer declarações positivas quanto aos esforços do cuidador • Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, conforme apropriado • Apoiar as decisões do cuidador • Encorajar a aceitação da interdependência entre os familiares • Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente • Fornecer informações sobre a condição do paciente, conforme as preferências do paciente • Ensinar a terapia do paciente ao cuidador, conforme as preferências do paciente • Ensinar técnicas ao cuidador para melhorar a segurança do paciente • Fornecer assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador por meio de telefonemas e/ou cuidados de enfermeiro comunitário • Monitorar o surgimento de indicadores de estresse • Explorar com o cuidador como ele está enfrentando a situação • Ensinar ao cuidador técnicas de controle de estresse • Educar o cuidador a respeito do processo de luto • Apoiar o cuidador durante o processo de luto • Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio • Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental • Reforçar a rede social do cuidador • Identificar recursos por meio dos quais o cuidador pode tirar folga • Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e recursos comunitários • Ensinar ao cuidador estratégias de acesso e maximização do atendimento de saúde e recursos comunitários • Agir em prol do cuidador quando a sobrecarga tornar-se evidente • Notificar a instituição/funcionários dos serviços de emergência sobre a permanência do paciente em casa, seu estado de saúde e tecnologias em uso, com consentimento do paciente e da família • Discutir os limites do cuidador com o paciente • Fornecer encorajamento ao cuidador durante os momentos de contratempo do paciente • Apoiar o cuidador no estabelecimento de limites e nos cuidados consigo mesmo
5250 - APOIO À TOMADA DE DECISÃO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar se há diferenças entre a visão do paciente sobre a própria condição e a visão dos provedores de cuidados de saúde • Auxiliar o paciente a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis em escolhas importantes da vida • Informar o paciente sobre pontos de vista ou soluções alternativas de forma clara e solidária • Auxiliar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa • Estabelecer comunicação com o paciente já na admissão • Facilitar ao paciente a articulação das metas de cuidado • Obter consentimento livre e esclarecido, quando apropriado • Facilitar tomada de decisão colaborativa • Familiarizar-se com as políticas e procedimentos da instituição • Respeitar o direito do paciente de receber ou não informações • Fornecer as informações solicitadas pelo paciente

	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente a explicar uma decisão a terceiros, conforme necessário • Servir como contato entre o paciente e sua família • Servir como contato entre o paciente e outros provedores de cuidados de saúde • Utilizar <i>softwares</i> interativos ou assistentes de decisão <i>online</i> como um complemento de apoio profissional • Encaminhar para assistência judiciária, conforme apropriado • Encaminhar a grupos de apoio, conforme apropriado
5270 - APOIO EMOCIONAL	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a(s) experiência(s) emocional(is) com o paciente • Explorar com o paciente o que desencadeou o sentimento • Fazer declarações compreensivas ou empáticas • Abraçar ou tocar o paciente para dar apoio • Apoiar o uso dos mecanismos de defesas apropriados • Auxiliar o paciente a reconhecer seus sentimentos, como a ansiedade, a raiva ou tristeza • Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza • Discutir as consequências de não lidar com a culpa e a vergonha • Ouvir e encorajar a expressão de sentimentos e crenças • Facilitar a identificação padrão habitual de resposta do paciente ao enfrentar o medo • Fornecer apoio durante os períodos do luto de negação, raiva, barganha e aceitação • Identificar que papel a raiva, a frustração e a fúria exercem para o paciente • Encorajar o paciente a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional • Ficar com o paciente e proporcionar a garantia da segurança e proteção durante períodos de ansiedade • Fornecer assistência na tomada de decisão • Reduzir a demanda de atividades cognitivas quando o paciente estiver doente ou fatigado • Encaminhar o paciente para aconselhamento, conforme apropriado
1180 - ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado • Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado • Monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente • Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos adaptadores para realizar higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, realizar higiene íntima e alimentar-se • Proporcionar um ambiente terapêutico garantindo uma experiência calorosa, relaxante, privada e personalizada • Fornecer artigos pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dentes e sabonete) • Fornecer assistência até o paciente ser totalmente capaz de assumir o autocuidado • Auxiliar o paciente na aceitação das necessidades de dependência • Usar repetição consistente de rotinas de saúde, como forma de estabelecê-las • Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade • Encorajar a independência, mas interferir quando o paciente tiver dificuldade no desempenho • Ensinar pais/familiares a incentivar a independência, interferindo apenas quando o paciente não conseguir • Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado
5380 – AUMENTO DE SEGURANÇA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar um ambiente livre de ameaças • Demonstrar calma • Passar tempo com o paciente • Oferecer-se para permanecer com o paciente em um novo ambiente, durante as interações iniciais com outros • Ficar com o paciente e garantir proteção e segurança durante os períodos de ansiedade • Apresenta mudanças de forma gradual • Discutir as próximas mudanças (p. ex., transferência de enfermaria) antes do evento em si • Evitar causar situações emocionais intensas • Dar chupeta ao lactente, conforme apropriado

	<ul style="list-style-type: none"> • Segurar uma criança pequena ou lactente, conforme apropriado • Facilitar a permanência dos pais com a criança internada • Facilitar a manutenção dos rituais da hora de dormir do paciente • Incentivar a família a fornecer itens pessoais para uso ou diversão do paciente • Ouvir os temores do paciente/familiares • Encorajar a exploração do escuro, conforme apropriado • Deixar a luz acesa à noite, conforme necessário • Discutir situações ou indivíduos específicos que ameacem o paciente ou seus familiares • Explicar todos os exames e procedimentos ao paciente/familiares • Responder com honestidade às perguntas sobre o estado de saúde • Auxiliar o paciente/família a identificar quais fatores aumentam a sensação de segurança • Auxiliar o paciente a identificar respostas de enfrentamento usuais • Auxiliar o paciente a usar respostas de enfrentamento que tenham sido bem-sucedidas no passado
6520 – AVALIAÇÃO DE SAÚDE	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a população-alvo para a avaliação médica • Anunciar serviços de avaliação médica para aumentar a consciência pública • Fornecer fácil acesso aos serviços de avaliação médica (p. ex., horário e local) • Agendar as consultas para melhorar a eficiência e individualizar o atendimento • Usar instrumentos válidos e confiáveis para avaliação médica • Orientar sobre justificativa e propósito da avaliação médica e automonitoração • Obter consentimento informado do paciente para os procedimentos de avaliação médica, conforme apropriado • Fornecer privacidade e confidencialidade • Fornecer conforto durante os procedimentos de avaliação • Obter histórico médico, conforme apropriado, incluindo descrição de hábitos de saúde, fatores de risco, e medicações • Obter histórico médico da família, conforme apropriado • Realizar avaliação física, conforme apropriado • Mensurar pressão sanguínea, altura, peso, percentual de gordura corporal, colesterol e níveis de açúcar no sangue e exame de urina conforme apropriado • Realizar (ou encaminhar para) Papanicolaou, mamografia, exame de próstata, eletrocardiograma, exame dos testículos e exame visual, conforme apropriado • Obter amostras para análise • Preencher os relatórios do Departamento de Saúde ou outros, para monitorar resultados anormais, como pressão sanguínea elevada • Fornecer informação apropriada para automonitoração durante a avaliação • Fornecer resultados de avaliações médicas ao paciente • Informar ao paciente sobre limitações e margem de erro para avaliações específicas • Aconselhar o paciente com achados anormais sobre as alternativas de tratamento ou necessidades de avaliações futuras • Encaminhar o paciente a outros profissionais de saúde, conforme necessário • Fornecer contato para seguimento dos pacientes com achados anormais
6486 - CONTROLE DO AMBIENTE: SEGURANÇA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de segurança do paciente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além do histórico de comportamento • Identificar os riscos de segurança no ambiente (ou seja, físico, biológico e químico) • Remover os riscos do ambiente, quando possível • Modificar o ambiente para reduzir os perigos e os riscos • Fornecer dispositivos adaptativos (p. ex., suporte sanitário e degraus) para aumentar a segurança do ambiente • Usar dispositivos de proteção (p. ex., barreiras, grades laterais, travas de porta, cercas e portões) para limitar fisicamente a mobilidade ou o acesso às situações perigosas • Notificar as agências autorizadas a proteger o ambiente (p. ex., departamento de saúde, serviços ambientais, Agência de Proteção Ambiental e a polícia) • Fornecer ao paciente os números de emergência (p. ex., polícia, departamento de saúde local e centro de controle de envenenamento) • Monitorar o ambiente quanto a alterações no estado de segurança

	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente na realocação para um ambiente seguro (p. ex., encaminhamento para assistência habitacional) • Iniciar e/ou conduzir os programas de triagem para riscos ambientais (p. ex., chumbo e radônio) • Educar indivíduos e grupos de alto risco quanto aos perigos ambientais • Colaborar com outras instituições para o restabelecimento da segurança ambiental (p.ex., departamento de saúde, polícia e agência de proteção ambiental)
6440 – CONTROLE DO DELÍRIO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar fatores etiológicos que causam delírio (p. ex., verificar a saturação de oxigênio na hemoglobina) • Iniciar terapias para reduzir ou eliminar os fatores que causam delírio • Reconhecer e documentar o subtipo motor do delírio (p. ex., hipoativo, hiperativo e misto) • Monitorar o estado neurológico continuamente • Aumentar a vigilância com uma escala de avaliação de delírio universalmente compreendida pela equipe de enfermagem quando a confusão é apresentada pela primeira vez, para que alterações agudas possam ser facilmente rastreadas • Utilizar os familiares ou voluntários do hospital para vigiar pacientes agitados em vez de usar restrições • Reconhecer os medos e os sentimentos do paciente • Proporcionar garantias otimistas, porém realistas • Permitir que o paciente mantenha rituais que limitem a ansiedade • Fornecer ao paciente informações sobre o que está acontecendo e o que pode ser esperado que ocorra no futuro • Evitar demandas de pensamento abstrato, se o paciente só conseguir pensar em termos concretos • Limitar a necessidade de tomada de decisão se for frustrante ou confuso para o paciente • Administrar medicamentos prescritos “se necessário” para ansiedade ou agitação, mas limitar aqueles com efeitos colaterais anticolinérgicos • Reduzir a sedação em geral, mas controlar a dor com analgésicos, conforme indicado • Encorajar a visita de significantes, conforme apropriado • Não validar interpretações errôneas ou da realidade de um paciente em delírio (p. ex., alucinações ou ideias delirantes) • Informar sua percepção de maneira calma, tranquilizadora e não argumentativa • Responder ao tom, em vez de ao conteúdo, da alucinação ou delírio • Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível (p. ex., televisão) • Manter um ambiente bem iluminado que reduza contrastes agudos e sombras • Auxiliar com necessidades relacionadas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal • Manter um ambiente livre de riscos • Colocar pulseira de identificação no paciente • Providenciar nível apropriado de supervisão e vigilância para monitorar o paciente e para permitir ações terapêuticas, conforme necessário • Utilizar restrições físicas, conforme necessário • Evitar frustrar o paciente, interrogando-o com questões de orientação que não podem ser respondidas • Informar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo, conforme necessário • Proporcionar um ambiente físico consistente e rotina diária • Manter por perto cuidadores que são familiares ao paciente • Utilizar pistas ambientais (p. ex., sinais, fotos, relógios, calendários e codificação de cores no ambiente), para estimular a memória, reorientar e promover o comportamento adequado • Proporcionar um ambiente com pouca estimulação para o paciente no qual a desorientação seja aumentada pela superestimulação • Incentivar o uso de recursos auxiliares que aumentam inputs sensoriais (p. ex., óculos, aparelhos auditivos e dentaduras) • Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente • Ao iniciar a interação, chamar o paciente pelo nome • Reorientar o paciente quanto ao provedor de cuidados de saúde a cada contato

	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar-se com declarações simples, diretas e descritivas • Preparar o paciente previamente para mudanças que irão ocorrer na rotina habitual e no ambiente • Fornecer novas informações lentamente e em pequenas doses, com períodos de descanso frequentes • Concentrar as interações interpessoais no que é familiar e significativo para o paciente
7850 - DESENVOLVIMENTO DE FUNCIONÁRIOS	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades de aprendizagem da equipe (p. ex., novidades ou mudança nas políticas e nos procedimentos, nova contratação na empresa, transferência dentro da empresa, novas exigências de trabalho, treinamento cruzado, atualização nos equipamentos, tendências emergentes, treinamento de habilidades) • Identificar as características do aprendiz (p. ex., instrução, idioma, histórico escolar, experiência anterior, idade, motivação, atitude) • Identificar problema(s) de desempenho (p. ex., <i>déficit</i> de conhecimento, <i>déficit</i> de habilidade, <i>déficit</i> motivacional), se necessário • Identificar meta(s) de instrução (p. ex., informar alterações à equipe, fornecer conhecimento e habilidades, melhorar a proficiência, aprimorar a competência) • Identificar padrão(ões) de alcance de aprendizagem (p. ex., psicomotor, interpessoal, pensamento crítico) • Determinar os objetivos de aprendizagem por instruções • Identificar o conteúdo da instrução • Identificar restrições para a instrução (p. ex., tempo, custo, disponibilidade de equipamento) • Identificar os recursos que apoiam à instrução (p. ex., consulta a especialista, materiais de aprendizagem, tempo, recursos financeiros) • Identificar indivíduo(s) apropriado(s) para dar a instrução • Organizar e elaborar o conteúdo da instrução • Elaborar atividades de ensino e aprendizagem • Criar métodos de pré- e pós-levantamento de dados/avaliação • Oferecer o programa de instrução (p. ex., pacotes de aprendizagem autodirecionados, apresentação em sala de aula, apresentação em pequenos grupos, treinamento no trabalho) • Avaliar a eficácia da instrução • Oferecer <i>feedback</i> sobre os resultados da instrução para desenvolvimento dos funcionários aos indivíduos adequados • Monitorar a competência das habilidades da equipe • Realizar revisões periódicas das competências • Determinar a frequência necessária de instrução para desenvolvimento dos funcionários, a fim de manter a competência • Dar assistência financeira e tempo livre para participação em programas educacionais exigidos pelo emprego • Encorajar a participação em revisões por especialistas • Encorajar a leitura de periódicos profissionais • Encorajar a participação em organizações profissionais
7640 - DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE CUIDADOS	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar auditoria dos prontuários do paciente para determinar os padrões atuais de cuidados para a população de pacientes • Rever os padrões atuais de prática relacionados à população de pacientes • Colaborar com outros profissionais de saúde para desenvolver o protocolo de cuidados • Identificar os desfechos intermediários e finais apropriados com prazos • Identificar as intervenções apropriadas com prazos • Compartilhar o protocolo de cuidados com o paciente e a família, conforme apropriado • Avaliar o progresso do paciente em direção a resultados identificados em intervalos definidos • Calcular variâncias e relatar por meio de canais apropriados • Documentar o progresso do paciente em direção a resultados identificados, de acordo com a política institucional • Documentar razão para as variações a partir das intervenções e desfechos esperados • Implementar ação(ões) corretiva(s) para a(s) variância(s), conforme apropriado

	<ul style="list-style-type: none"> • Rever protocolo de cuidados, conforme apropriado
5510- EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Marcar os grupos de alto risco e faixas de idades que mais se beneficiariam com a educação em saúde • Marcar as necessidades identificadas no Healthy People 2010 (Pessoas Saudáveis 2010): Promoção da Saúde Nacional e Objetivos de Prevenção de Doenças, ou outras necessidades locais, estaduais e nacionais • Identificar fatores internos e externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável • Determinar o contexto pessoal e o histórico sociocultural do comportamento saudável do indivíduo, família ou comunidade • Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamentos de vida do indivíduo, família ou grupos-alvo • Auxiliar pessoas, famílias e comunidades no esclarecimento das crenças e valores de saúde • Identificar características da população-alvo que afete a seleção das estratégias educacionais • Priorizar as necessidades de aprendizado identificadas com base na preferência do cliente, habilidades do enfermeiro, recursos disponíveis e probabilidade de atingir o objetivo com sucesso • Formular objetivos para o programa de saúde educacional • Identificar recursos (p. ex., pessoal, espacial, equipamento, financeiro etc.) necessários para conduzir o programa • Considerar acessibilidade, preferência do consumidor e custo no planejamento do programa • Posicionar estrategicamente um anúncio atrativo que capture a atenção da audiência alvo • Evitar usar técnicas de medo ou susto como estratégia para motivar pessoas a mudarem comportamentos de estilo de vida ou de saúde • Enfatizar os benefícios positivos imediatos ou de curto prazo na saúde para serem recebidos por um comportamento de vida positivo, em vez de benefícios em longo prazo ou efeitos negativos de não aceitação • Incorporar estratégias para melhorar a autoestima do público-alvo • Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura ao público-alvo • Ensinar estratégias que possam ser usadas para resistir a comportamentos não saudáveis ou de risco, em vez de dar conselhos para evitar ou mudar comportamentos • Manter a apresentação focada e breve, iniciando e finalizando com o assunto principal • Usar apresentações de grupo para oferecer apoio e diminuir as ameaças aos alunos que vivenciam problemas e preocupações semelhantes, conforme apropriado • Usar pares de líderes, professores e grupos de apoio em programas implementados aos grupos com menor probabilidade de escutar profissionais de saúde ou adultos (i.e., adolescentes), conforme apropriado • Usar palestras para transmitir o máximo de informação, quando apropriado • Usar discussões de grupo e jogos de interpretação para influenciar suas crenças, atitudes e valores de saúde • Usar demonstrações/demonstrações de retorno, participação do aluno e manipulação dos materiais quando ensinar habilidades psicomotoras • Usar instrução assistida por computador, televisão, vídeo interativo e outras tecnologias para transmitir informação • Usar teleconferência, telecomunicações e tecnologias de informática para ensino a distância • Envolver pessoas, famílias e grupos no planejamento e implementação de planos de vida ou modificação do comportamento de saúde • Determinar apoio à família, a colegas e comunidade para comportamento que conduza à saúde • Utilizar sistemas de apoio social e familiar para melhorar efetividade da modificação do estilo de vida ou comportamento saudável

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar a importância dos padrões saudáveis de alimentação, sono, exercícios etc. às pessoas, famílias e grupos que moldam esses valores e comportamentos aos outros, principalmente crianças • Usar estratégias variadas e pontos de intervenção no programa educacional • Planejar acompanhamento de longo prazo para reforçar as adaptações de comportamento e estilo de vida saudáveis • Desenvolver e implementar estratégias para mensurar os resultados dos pacientes a intervalos regulares durante e após a realização do programa • Desenvolver e implementar estratégias para avaliar o programa e a custo-efetividade da educação, usando esse dado para melhorar a eficácia dos programas subsequentes • Influenciar desenvolvimento de políticas que garantam a educação em saúde como um benefício ao trabalhador • Incentivar políticas nas quais companhias de seguro consideram a redução premiada para a prática de um estilo de vida saudável
4920 - ESCUTA ATIVA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o propósito da interação • Mostrar interesse pelo paciente • Usar perguntas ou declarações para encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações • Concentrar-se completamente na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos, preocupações pessoais preocupantes e outras distrações • Evidenciar percepção e sensibilidade às emoções • Usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação (p. ex., estar atento a atitudes físicas que transmitam mensagens não verbais) • Atentar para mensagens e sentimentos não expressados, bem como para o conteúdo da conversa • Atentar para as palavras evitadas, bem como para a mensagem não verbal que acompanha as palavras expressas • Atentar à tonalidade, tempo, volume e inflexão da voz • Identificar os temas predominantes • Verificar o significado da mensagem, refletindo sobre atitudes, experiências passadas e situação atual • Responder após um tempo de modo a refletir e compreender a mensagem recebida • Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e <i>feedback</i> • Verificar a compreensão das mensagens por meio de perguntas ou <i>feedback</i> • Usar uma série de interações para descobrir o significado do comportamento • Evitar barreiras à escuta ativa (p. ex., minimizando sentimentos, oferecendo soluções fáceis, interrompendo, falando sobre si mesmo e encerrando prematuramente) • Usar o silêncio/escuta para encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações
4720 - ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a família para estabelecer o nível cognitivo basal do paciente • Informar ao paciente notícias sobre eventos recentes não ameaçadores • Oferecer estimulação ambiental por meio de contato com profissionais variados • Apresentar mudança gradualmente • Fornecer um calendário • Estimular a memória por meio da repetição do último pensamento expresso do paciente • Orientar no tempo, espaço e pessoa • Conversar com o paciente • Demonstrar sensibilidade de cuidador, respondendo pronta e apropriadamente a estímulos • Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem, estando em sintonia com as necessidades do paciente • Oferecer estimulação cognitiva no trabalho, tal como oportunidades de treinamento, riqueza cognitiva para o conteúdo do trabalho, oportunidades para crescimento e multitarefas • Encorajar a estimulação cognitiva fora do trabalho, como a leitura ou participação ativa em atividades culturais e artísticas

	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o uso de um programa de multiestimulação (p. ex., cantar e ouvir música, atividades criativas, exercícios, conversa, interações sociais ou resolução de problemas) para promover e proteger a capacidade cognitiva • Pedir opiniões e pontos de vista em vez de respostas factuais • Fornecer estimulação sensorial planejada • Usar a televisão, rádio ou música como parte do programa de estímulos planejado • Possibilitar períodos de descanso • Colocar objetos familiares e fotografias no ambiente do paciente • Usar a repetição para apresentar novo material • Variar os métodos de apresentação do material • Usar auxílios para a memória: listas de verificação, programações e avisos de lembrete • Reforçar ou repetir informações • Apresentar informações em pequenas porções concretas • Pedir ao paciente para repetir informações • Usar o toque propositalmente, conforme apropriado • Fornecer orientações verbais e escritas
5230 - MELHORA DO ENFRENTAMENTO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazo • Auxiliar o paciente no exame dos recursos disponíveis para atingir os objetivos • Auxiliar o paciente a desdobrar metas complexas em etapas pequenas, administráveis • Incentivar as relações com as pessoas que têm interesses e objetivos em comum • Auxiliar o paciente a resolver problemas de maneira construtiva • Avaliar o ajuste de um paciente às mudanças na imagem corporal, conforme indicado • Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações • Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança no papel • Avaliar a compreensão do paciente sobre o processo da doença • Avaliar e discutir respostas alternativas à situação • Usar uma abordagem calma, tranquilizadora • Proporcionar um ambiente de aceitação • Auxiliar o paciente a desenvolver uma avaliação objetiva do evento • Auxiliar o paciente a identificar as informações que ele está mais interessado em obter • Fornecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico • Fornecer ao paciente opções realistas sobre determinados certos aspectos dos cuidados • Encorajar uma atitude de esperança realista como uma forma de lidar com sentimentos de desamparo • Avaliar a capacidade de tomada de decisão do paciente • Procurar compreender a perspectiva do paciente sobre uma situação estressante • Desencorajar a tomada de decisão quando o paciente está sob forte estresse • Encorajar o domínio gradual da situação • Encorajar a paciência no desenvolvimento de relações • Encorajar atividades sociais e comunitárias • Encorajar a aceitação das limitações dos outros • Reconhecer a base espiritual/cultural do paciente • Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado • Explorar as realizações anteriores do paciente • Explorar razões do paciente para a autocrítica • Confrontar sentimentos ambivalentes do paciente (raiva ou depressão) • Fomentar saídas construtivas para raiva e hostilidade • Organizar situações que incentivem a autonomia do paciente • Auxiliar o paciente na identificação de respostas positivas de outros • Encorajar a identificação de valores de vida específicos • Explorar com o paciente os métodos anteriores de lidar com os problemas da vida • Apresentar o paciente a pessoas (ou grupos) que passaram pela mesma experiência com sucesso • Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos • Discutir consequências de não lidar com a culpa e a vergonha • Encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e habilidades • Reduzir estímulos do meio ambiente que podem ser mal interpretados como uma ameaça

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as necessidades/desejos do paciente de apoio social • Auxiliar o paciente a identificar os sistemas de apoio disponíveis • Determinar o risco de o paciente infligir automutilação • Encorajar a participação da família, conforme apropriado • Encorajar a família a verbalizar sentimentos sobre o membro doente da família • Fornecer treinamento apropriado de habilidades sociais • Auxiliar o paciente a identificar as estratégias positivas para lidar com limitações e gerenciar o estilo de vida necessário ou mudanças no papel • Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, conforme necessário • Auxiliar o paciente a se lamentar e trabalhar as perdas de doença crônica e/ou incapacidade, se apropriado • Auxiliar o paciente a esclarecer equívocos • Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento
5100 – MELHORA DA SOCIALIZAÇÃO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o maior envolvimento em relacionamentos já estabelecidos • Encorajar o paciente a desenvolver relacionamentos • Promover relacionamentos com pessoas com interesses e metas em comum • Encorajar atividades sociais e comunitárias • Promover o compartilhamento de problemas com outros • Encorajar a honestidade na auto apresentação aos outros • Promover envolvimento em interesses totalmente novos • Encorajar o respeito pelos direitos dos outros • Facilitar o uso de dispositivos auxiliares de déficits sensoriais, como óculos e aparelhos de audição • Encorajar a participação em atividades de reminiscência individual e/ou grupal • Facilitar a participação do paciente em grupos que contêm histórias • Encaminhar o paciente para grupos de habilidades interpessoais ou programas que permitam intensificar a compreensão das transações, conforme apropriado • Permitir o teste dos limites interpessoais • Dar feedback sobre a melhora do cuidado com a aparência pessoal ou outras atividades • Auxiliar o paciente a aumentar a consciência em relação aos pontos fortes e limitações na comunicação com os outros • Usar dramatização para praticar técnicas e habilidades de comunicação melhoradas • Fornecer modelos de papéis que expressem raiva apropriadamente • Confrontar o paciente com relação ao comprometimento do julgamento, conforme apropriado • Solicitar e esperar comunicação verbal • Dar feedback positivo quando o paciente conseguir aproximar-se de outras pessoas • Encorajar o paciente a mudar de ambiente, como sair para fazer caminhada ou ir ao cinema • Facilitar a estimulação do paciente e planejamento de atividades futuras • Encorajar o planejamento de pequenos grupos para atividades especiais • Explorar os pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos
7120 - MOBILIZAÇÃO FAMILIAR	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Ser um ouvinte para os familiares • Estabelecer relações de confiança com os familiares • Enxergar os familiares como peritos potenciais no cuidado do paciente • Identificar forças e recursos dentro da família, nos familiares e em seus sistemas de apoio e comunidade • Determinar a prontidão e a habilidade dos familiares para aprender • Fornecer informações frequentemente à família para ajudá-la a identificar as limitações, o progresso e as implicações para o cuidado do paciente • Promover a tomada de decisão mútua com os familiares, relacionada ao plano de cuidado do paciente • Ensinar os cuidadores em casa sobre a terapia do paciente, conforme indicado • Explicar aos familiares a necessidade de manter o cuidado de saúde profissional, conforme indicado • Colaborar com os familiares no planejamento e na execução de terapias e mudanças no estilo de vida do paciente

	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar atividades familiares que promovam a saúde do paciente ou o gerenciamento do estado de saúde, quando indicado • Auxiliar os familiares a identificar os serviços de saúde e recursos comunitários que podem ser usados para melhorar o estado de saúde do paciente • Monitorar a situação atual da família • Indicar grupos de apoio aos familiares, conforme indicado • Determinar as realizações de resultados do paciente previstas sistematicamente
2620 – MONITORAÇÃO NEUROLÓGICA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o tamanho da pupila, a forma, a simetria e a reatividade • Monitorar o nível de consciência • Monitorar o nível de orientação • Monitorar a tendência da Escala de Coma de Glasgow • Monitorar a memória recente, a atenção, a memória passada, o humor, afetos e comportamentos • Monitorar os sinais vitais: temperatura, pressão arterial, pulso e respiração • Monitorar o padrão respiratório: os níveis de ABG, oximetria de pulso, profundidade, padrão, taxa e esforço • Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos, como apropriado • Monitore a pressão intracraniana (PIC) e a pressão de perfusão cerebral (PPC) • Monitorar o reflexo da córnea • Monitorar a tosse e o reflexo de vômito • Monitorar o tônus muscular, o movimento motor, a marcha e a propriocepção • Monitorar movimento de pronação • Monitorar a força de preensão • Monitorar o tremor • Monitorar a simetria facial • Monitorar a protrusão da língua • Monitorar a resposta de rastreamento • Monitorar o movimento extraocular (MEO) e as características do olhar • Monitorar distúrbios visuais: diplopia, nistagmo, campo visual, cortes, visão turva e acuidade visual • Observar queixa de dor de cabeça • Monitorar as características da fala: fluência, presença de afasias ou dificuldade em achar as palavras • Monitorar a resposta a estímulos: verbal, tátil e danosa • Monitorar a discriminação de pontiagudo/rombo ou quente/frio • Monitorar a parestesia: dormência e formigamento • Monitorar o olfato • Monitorar os padrões de transpiração • Monitorar a resposta de Babinski • Monitorar a resposta de Cushing • Monitorar a drenagem da craniotomia/laminectomia • Monitorar a resposta aos medicamentos • Consultar colegas de trabalho para confirmar dados, conforme apropriado • Identificar padrões emergentes nos dados • Aumentar a frequência de monitoramento neurológico, conforme apropriado • Evitar atividades que aumentem a pressão intracraniana • Espaçar as atividades de enfermagem que aumentam a pressão intracraniana • Notificar o médico sobre a mudança de condição do paciente • Instituir protocolos de emergência, conforme necessário
7370 - PLANO DE ALTA	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente/familiar/significantes a se prepararem para a alta • Verificar as capacidades dos pacientes para a alta • Colaborar com o médico, paciente/familiar/significantes e outros membros da equipe de saúde a planejar a continuidade dos cuidados de saúde • Coordenar os esforços de diferentes provedores de cuidados à saúde para garantir uma alta oportuna • Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm sobre o conhecimento ou habilidades necessários após a alta

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as necessidades de ensino do paciente para os cuidados pós-alta • Monitorar a prontidão para a alta • Comunicar os planos de alta do paciente, conforme apropriado • Documentar os planos de alta do paciente no prontuário • Formular um plano de manutenção para acompanhamento pós--alta • Auxiliar o paciente/familiar/significantes a planejarem o ambiente de apoio necessário para proporcionar o cuidado pós-hospitalar aos pacientes • Desenvolver um plano que considere as necessidades de cuidado à saúde, social e financeira do paciente • Organizar a avaliação pós-alta, conforme apropriado • Encorajar o autocuidado, conforme apropriado • Organizar a alta para o nível seguinte próximo de cuidado • Organizar o apoio ao cuidador, conforme apropriado • Discutir os recursos financeiros se houver necessidade de providências de cuidados à saúde após a alta • Coordenar os encaminhamentos relevantes às conexões entre provedores de cuidados à saúde
6490 - PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico • Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas • Rever o histórico de quedas com o paciente e sua família • Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas (p. ex., assoalhos escorregadios e escadas abertas) • Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar • Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme indicado • Compartilhar com os pacientes observações sobre o passo e o movimento • Sugerir mudanças no passo ao paciente • Treinar o paciente a adaptar-se às modificações sugeridas no passo • Auxiliar o indivíduo instável durante o caminhar • Fornecer dispositivos de auxílio (p. ex., bengala e andador) para a caminhada estável • Incentivar o paciente a usar a bengala ou o andador, conforme indicado • Orientar o paciente sobre o uso da bengala ou do andador, conforme indicado • Manter dispositivos de assistência em boas condições de funcionamento • Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante a transferência do paciente • Colocar os acessórios facilmente ao alcance do paciente • Orientar o paciente a pedir auxílio quando em movimento, conforme indicado • Ensinar o paciente a como cair para minimizar os ferimentos • Afixar avisos para lembrar o paciente de pedir ajuda ao sair da cama, conforme indicado • Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa • Usar as técnicas apropriadas para transferir o paciente da e para a cadeira de rodas, cama, toalete, e assim por diante • Fornecer assento elevado no toalete para fácil transferência • Fornecer cadeiras com a altura apropriada, com encostos para as costas e braços para fácil transferência • Providenciar colchão com bordas firmes para facilitar a transferência • Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário • Colocar a cama mecânica na posição mais baixa • Fornecer uma superfície para dormir perto do chão, conforme necessário • Fornecer almofadas no assento para limitar mobilidade, conforme indicado • Colocar um apoio de espuma no assento da cadeira para impedir que o paciente se levante, conforme indicado • Usar colchões de água parcialmente cheios na cama para limitar a mobilidade, conforme indicado • Fornecer ao paciente dependente um meio de chamar ajuda (p. ex., luz ou campainha) quando os cuidadores não estão presentes • Responder às chamadas imediatamente

	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados • Usar o alarme da cama para alertar o cuidador de que o indivíduo está levantando da cama, conforme indicado • Marcar a entrada das portas e as bordas dos degraus, conforme necessário • Remover a mobília que se encontra no nível próximo ao chão (p. ex., apoios para os pés e mesas) e que apresenta perigo para tropeçar • Evitar desordem no chão • Fornecer a iluminação adequada para aumentar a visibilidade • Fornecer um abajur ao lado da cama • Fornecer corrimãos e barras de apoio visíveis • Colocar portões nas entradas abertas que conduzem às escadas • Fornecer assoalhos antiderrapantes e antideslizantes • Fornecer uma superfície não deslizante na banheira ou chuveiro • Fornecer degraus de apoio estáveis e não deslizantes para facilitar o alcance • Fornecer áreas de armazenamento que sejam de fácil alcance • Fornecer mobília pesada que não se mova se usada como apoio • Orientar o paciente em relação à “instalação física” do ambiente • Evitar o rearranjo desnecessário do ambiente físico • Assegurar-se de que o paciente use sapatos que sirvam corretamente, prendam firmemente e tenham solas antiderrapantes • Orientar o paciente a usar os óculos prescritos, conforme indicado, quando fora da cama • Educar familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos • Sugerir adaptações da casa para aumentar a segurança • Orientar a família sobre a importância dos corrimãos nas escadas, banheiros e passagens • Auxiliar a família a identificar perigos na casa e a modificá-los • Sugerir calçados seguros • Orientar o paciente a evitar o gelo e outras superfícies escorregadias ao ar livre • Desenvolver maneiras para que o paciente participe com segurança de atividades de lazer • Orientar um programa de exercícios físicos de rotina que inclua caminhar • Afixar sinais para alertar a equipe que o paciente está em elevado risco de quedas • Colaborar com outros membros da equipe de cuidado à saúde para minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos que contribuem com as quedas (p. ex., hipotensão ortostática e passo desequilibrado) • Fornecer supervisão de perto e/ou um dispositivo de contenção (p. ex., assento infantil com cinto de segurança) ao colocar bebês/crianças pequenas em superfícies elevadas (p. ex., mesa ou cadeirão) • Remover objetos que forneçam à criança o apoio para escalar até às superfícies elevadas • Manter as grades laterais do berço na posição elevada quando o cuidador não estiver presente, conforme indicado • Fornecer uma cobertura tipo bolha para os berços dos pacientes da pediatria que possam escalar as grades laterais elevadas, conforme indicado • Fechar as travas firmemente do painel de acesso da incubadora ao sair de perto da incubadora, conforme indicado
7110 - PROMOÇÃO DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um relacionamento pessoal com o paciente e seus familiares envolvidos no cuidado • Identificar as capacidades dos familiares de se envolverem no cuidado do paciente • Criar uma cultura de flexibilidade para a família • Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do principal cuidador • Identificar os déficits de autocuidado do paciente • Identificar as preferências dos familiares no envolvimento com o paciente • Identificar as expectativas dos familiares em relação ao paciente • Antecipar e identificar as necessidades da família • Incentivar os familiares e o paciente a ajudar no desenvolvimento de um plano de cuidado, incluindo resultados previstos e a execução do plano de cuidado

	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os familiares e o paciente a serem assertivos nas interações com os profissionais de cuidado à saúde • Monitorar a estrutura e os papéis da família • Monitorar o envolvimento no cuidado do paciente por familiares • Incentivar o cuidado por familiares durante a hospitalização ou o cuidado em um ambiente de cuidado de longo prazo • Fornecer aos familiares informações cruciais sobre o estado do paciente, de acordo com a preferência do paciente • Facilitar a compreensão dos aspectos médicos e do estado do paciente para os familiares • Fornecer o apoio necessário para que a família esteja informada ao tomar decisões • Identificar a percepção dos familiares da situação, precipitando eventos, os sentimentos e o comportamento do paciente • Identificar outros estressores situacionais para os familiares • Identificar os sintomas físicos dos familiares relacionados ao estresse (p. ex., olhos mareados, náuseas, vômito, distração) • Determinar o nível de dependência do paciente nos familiares, conforme indicado para a idade ou doença • Incentivar o foco em quaisquer aspectos positivos da situação do paciente • Identificar e respeitar os mecanismos para lidar com a situação usados por familiares • Identificar com os familiares as dificuldades em lidar com a situação do paciente • Identificar com os familiares as forças e habilidades do paciente com a família • Informar aos familiares os fatores que podem melhorar o estado do paciente • Incentivar os familiares a manter ou dar continuidade aos relacionamentos em família, conforme indicado • Discutir opções para o tipo de cuidado em casa, tal como vivência em grupo, cuidado residencial ou cuidado temporário, conforme indicado • Facilitar o gerenciamento dos aspectos médicos da doença por familiares
0200 - PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as crenças de saúde do indivíduo quanto a exercício físico • Explorar as experiências anteriores com exercício • Determinar a motivação individual para começar/continuar o programa de exercícios • Explorar as barreiras ao exercício • Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre o exercício ou a necessidade de se exercitar • Estimular a pessoa a começar ou a continuar o exercício • Auxiliar a identificar um modelo positivo para manter o programa de exercício • Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa de exercício adequado para atender às necessidades • Auxiliar o indivíduo a estabelecer os objetivos a curto e longo prazos para o programa de exercício • Auxiliar o indivíduo a organizar períodos regulares para o programa de exercício em sua rotina semanal • Realizar as atividades de exercício com a pessoa, conforme apropriado • Incluir a família/cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercício • Informar o indivíduo sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos do exercício • Orientar o indivíduo quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico e/ou fisiologista do exercício • Orientar o indivíduo quanto à frequência, à duração e a intensidade desejadas do programa de exercício • Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercícios/atividade • Auxiliar o indivíduo a preparar e a manter um gráfico/registro de progresso para motivar a adesão ao programa de exercícios • Orientar o indivíduo quanto às condições que justificaram a cessação ou a alteração do programa de exercício • Orientar o indivíduo quanto aos exercícios adequados de aquecimento e de relaxamento • Orientar o indivíduo quanto às técnicas para evitar lesões durante o exercício • Orientar o indivíduo quanto às técnicas de respiração apropriadas para aumentar a absorção de oxigênio durante o exercício físico • Fornecer um cronograma de reforço para aumentar a motivação do indivíduo (p. ex., aumento da estimativa de resistência; pesagem semanal)

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a resposta do indivíduo ao programa de exercício • Oferecer <i>feedback</i> positivo para os esforços dos indivíduos
0202 - PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO: ALONGAMENTO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Obter liberação médica para instituir um plano de exercício de alongamento, conforme necessário • Auxiliar o paciente a explorar suas próprias crenças, motivação e nível de aptidão neuromusculoesquelética • Auxiliar a desenvolver objetivo(s) de curto e longo prazo(s) com base no nível de aptidão e no estilo de vida atual • Fornecer informações sobre as alterações relacionadas à idade na estrutura neuromusculoesquelética e os efeitos do sedentarismo • Fornecer informações sobre as opções para a sequência, atividades específicas de alongamento, local e tempo • Auxiliar a desenvolver um cronograma de exercícios adequados à idade, ao estado físico, aos objetivos, à motivação e ao estilo de vida • Auxiliar a desenvolver um plano de exercícios que incorpore uma sequência organizada de movimentos de alongamento, aumentos na duração da fase de isometria do movimento e aumentos no número de repetições para cada movimento de alongamento lento, adequados ao nível de capacidade musculoesquelética ou à presença de patologia • Orientar a começar a rotina de exercícios nos grupos de músculos/articulações que sejam menos rígidos ou dolorosos e gradualmente passar para os grupos de músculos/articulações restritos • Orientar a estender lentamente o músculo/articulação até o ponto de alongamento completo (ou desconforto razoável), a manter por um tempo especificado e a liberar lentamente os músculos alongados • Orientar a evitar movimentos rápidos, vigoroso ou de ricocheteio para evitar a superestimulação do reflexo miotático ou dor muscular excessiva • Orientar sobre as formas de monitorar a própria adesão ao cronograma e progredir para atingir o(s) objetivo(s) (p. ex., aumento na amplitude de movimento da articulação, consciência sobre a liberação da tensão muscular, aumento na duração da fase de isometria e no número de repetições sem dor e fadiga e aumentos na tolerância a exercícios vigorosos) • Fornecer instruções ilustradas por escrito para levar para casa com cada componente do movimento • Acompanhar com instruções as demonstrações de retorno dos exercícios, conforme necessário • Monitorar a adesão à técnica e cronograma no tempo de acompanhamento e local especificados • Monitorar a tolerância ao exercício (p. ex., presença de sintomas como falta de ar, pulsação acelerada, palidez, vertigens e dor articular/muscular ou edema) durante o exercício • Reavaliar o plano de exercícios se os sintomas de baixa tolerância ao exercício persistirem depois da interrupção do exercício • Colaborar com os membros da família no planejamento, ensino e monitoramento de um plano de exercícios
0201 - PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO: TREINO PARA FORTALECIMENTO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer uma avaliação de saúde antes do exercício para identificar os riscos de exercitar-se, usando escalas padronizadas de prontidão para atividade física e/ou histórico completo e exame físico • Obter liberação médica para iniciar um programa de treinamento de força, conforme apropriado • Auxiliar o paciente a expressar suas próprias crenças, valores e objetivos em relação à aptidão muscular e à saúde • Fornecer informações sobre a função muscular, a fisiologia do exercício e as consequências da falta de uso • Determinar os níveis de capacidade muscular, usando testes de exercícios de campo ou exames laboratoriais (máximo esforço para levantamento, número de repetições em um período)

	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre os tipos de resistência muscular que podem ser usadas (p. ex., pesos livres, aparelhos com peso, tiras elásticas, objetos pesados, exercícios aquáticos) • Auxiliar a estabelecer objetivos de curto e longo prazos e apropriar-se do plano de exercício • Auxiliar no desenvolvimento de maneiras de reduzir os efeitos das barreiras do procedimento, emocionais, atitudinais, financeiras ou de conforto para o treinamento de resistência muscular • Auxiliar a obter recursos necessários para estimular o treinamento muscular progressivo • Auxiliar a desenvolver um ambiente em casa/trabalho que facilite o empenho no plano de exercício • Orientar a utilizar roupas que evitem a hiper ou hipotermia • Auxiliar a desenvolver um programa de treinamento de força compatível com o nível de capacidade muscular, as limitações musculoesqueléticas, os objetivos funcionais de saúde, os recursos de equipamentos de exercício, a preferência pessoal e o apoio social • Especificar o nível de resistência, o número de repetições, o número de séries e a frequência das sessões de “treino” de acordo com o nível de capacidade e com a presença/ausência dos fatores de risco do exercício • Orientar a repousar brevemente depois de cada série, conforme adequado • Especificar o tipo e a duração da atividade de aquecimento/resfriamento (p. ex., alongamento, caminhadas, calistênico) • Demonstrar o alinhamento corporal (postura) adequado e a forma de levantar os pesos para exercitar cada grupo muscular importante • Usar movimentos recíprocos para evitar lesão durante os exercícios selecionados • Auxiliar a conversar sobre os padrões de movimentos prescritos e realizá-los sem pesos até que a forma correta seja aprendida • Modificar os movimentos e os métodos de aplicação de resistência para pacientes cadeirantes ou restritos à cama • Orientar a reconhecer sinais/sintomas de tolerância/ intolerância ao exercício durante e após as sessões de exercício (p. ex., vertigens; falta de ar; dor muscular, esquelética ou articular maior que o normal, fraqueza, fadiga extrema, angina, sudorese, palpitações) • Orientar a conduzir as sessões de exercício para os grupos musculares específicos em dias alternados para facilitar a adaptação muscular ao treinamento • Orientar a realizar três sessões de treinamento com cada grupo muscular por semana até que os objetivos do treinamento sejam alcançados e, então, colocar em um programa de manutenção • Orientar a evitar o exercício de treinamento de força durante temperaturas extremas • Auxiliar a determinar a taxa de aumento progressivo de trabalho muscular (ou seja, quantidade de resistência e número de repetições e séries) • Fornecer instruções ilustradas por escrito para levar para casa com as orientações gerais e a forma dos movimentos de cada grupo muscular • Auxiliar a desenvolver um sistema para manter o registro que inclua a quantidade de resistência e o número de repetições e de séries para monitorar o progresso da capacidade muscular • Reavaliar os níveis de capacidade muscular mensalmente • Estabelecer um cronograma de acompanhamento para manter a motivação, ajudar na resolução de problemas e monitorar o progresso • Auxiliar na alteração de programas ou do desenvolvimento de outras estratégias para evitar o tédio e a desistência • Colaborar com a família e outros profissionais de saúde (p. ex., terapeutas de atividade, fisiologista do exercício, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas) no planejamento, ensino e monitoramento de um programa de treinamento muscular
5820 - REDUÇÃO DA ANSIEDADE	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar abordagem calma e tranquilizadora • Declarar claramente as expectativas para o comportamento do paciente • Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que provavelmente serão vivenciadas durante o procedimento • Buscar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse

	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico • Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo • Encorajar a família a permanecer com o paciente, conforme indicado • Fornecer objetos que simbolizem segurança • Massagear as costas/pescoço, conforme apropriado • Encorajar atividades não competitivas, conforme indicado • Manter equipamentos de tratamento fora de vista • Escutar atentamente • Reforçar o comportamento, conforme indicado • Criar uma atmosfera para facilitar a confiança • Encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos • Identificar mudanças no nível de ansiedade • Proporcionar atividades de diversão voltadas à redução da tensão • Auxiliar o paciente a identificar situações que precipitam a ansiedade • Controlar os estímulos às necessidades dos pacientes, conforme apropriado • Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados • Auxiliar o paciente a articular uma descrição realista de um evento iminente • Determinar a habilidade de tomada de decisão do paciente • Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento • Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, conforme apropriado • Avaliar sinais verbais e não verbais de ansiedade
8020 - REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer um resumo de dados do estado de saúde pertinentes ao planejamento do cuidado • Identificar os diagnósticos de enfermagem atuais • Descrever intervenções de enfermagem que estão sendo implementadas • Descrever a resposta do paciente e da família para as intervenções de enfermagem • Buscar contribuição sobre a eficácia das intervenções de enfermagem • Discutir o progresso em direção às metas • Rever plano de assistência ao paciente, conforme necessário • Solicitar sugestões para o planejamento de cuidado ao paciente • Estabelecer metas mutuamente aceitáveis • Revisar planos de alta • Discutir encaminhamentos, conforme apropriado • Recomendar mudanças no plano de tratamento, se necessário • Fornecer dados para facilitar a avaliação do plano de cuidados do paciente • Esclarecer as responsabilidades relacionadas à implementação do plano de cuidados do paciente
0221 - TERAPIA COM EXERCÍCIO: DEAMBULAÇÃO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Vestir o paciente com roupas folgadas • Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesões • Fornecer cama de altura baixa, conforme apropriado • Colocar o controle de posicionamento da cama em local de fácil alcance • Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado • Auxiliar o paciente a sentar-se na lateral da cama para facilitar os ajustes posturais • Consultar um fisioterapeuta quanto ao plano de deambulação, conforme necessário • Orientar quanto à disponibilidade de dispositivos auxiliares, se apropriado • Orientar o paciente a como se posicionar durante o processo de transferência • Usar um cinto de transferência para ajudar na transferência e na deambulação, conforme necessário • Auxiliar na transferência do paciente, conforme necessário • Fornecer cartão(ões) de aprendizado na cabeceira da cama para facilitar o aprendizado da transferência • Aplicar/ fornecer dispositivo de auxílio (bengala, andador ou cadeira de rodas) para deambulação, se o paciente não estiver instável • Auxiliar o paciente na deambulação inicial e conforme necessário • Orientar o paciente/cuidador quanto às técnicas de transferência segura e de deambulação

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o paciente durante o uso de muletas ou de outros dispositivos de auxílio de marcha • Auxiliar o paciente a se levantar, deambular a uma distância específica e com o número específico de apoios • Auxiliar o paciente a estabelecer aumentos reais na distância para deambulação • Estimular a deambulação independente dentro dos limites seguros • Estimular o paciente a se levantar-se espontaneamente, se adequado
0222 - TERAPIA COM EXERCÍCIO: EQUILÍBRIO	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar a capacidade do paciente para participar de atividades que exijam equilíbrio • Cooperar com terapeutas ocupacionais, recreacionais e o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercício, conforme apropriado • Avaliar as funções sensoriais (p. ex., visão, audição e propriocepção) • Dar oportunidade para a discussão de fatores que influenciam o medo de cair • Propiciar um ambiente seguro para a prática de exercícios • Orientar o paciente sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio • Estimular programas de exercícios de baixa intensidade, com oportunidades para partilhar sensações • Orientar o paciente sobre exercícios de equilíbrio, como colocar-se de pé sobre uma só perna, inclinar-se para frente, exercícios de alongamento e resistência, conforme apropriado • Ajudar com fortalecimento do tornozelo e programas de deambulação • Informar sobre terapias alternativas, como ioga e Tai Chi • Adaptar o ambiente para facilitar a concentração • Oferecer dispositivos auxiliares (p. ex., bengala, andador, travesseiros ou almofadas) para apoio do paciente ao realizar os exercícios • Ajudar o paciente a formular metas realistas e mensuráveis. • Reforçar ou orientar sobre formas de como posicionar-se e realizar os movimentos para manter ou melhorar o equilíbrio durante exercícios ou atividades da vida diária • Auxiliar o paciente a participar de exercícios de alongamento enquanto deitado, sentado ou de pé • Ajudar o paciente a movimentar-se sentado, a estabilizar o tronco com os braços nas laterais da cama/cadeira e a balançar o tronco sobre os braços de apoio • Auxiliar a colocar-se de pé (sentar) e a balançar o corpo para os lados, estimulando mecanismos de equilíbrio • Auxiliar o paciente a colocar-se de pé, com os olhos fechados, por breves períodos e a intervalos regulares, para estimular a propriocepção • Monitorar a resposta do paciente aos exercícios de equilíbrio • Fazer um levantamento em casa para identificar perigos ambientais e comportamentais existentes, se for o caso • Oferecer recursos para programas de equilíbrio, exercícios ou educação sobre quedas • Encaminhar para terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta a respeito de exercícios de treinamento do hábito vestibular
7960 - TROCA DE INFORMAÇÕES SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE	
Atividades S	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o enfermeiro de referência e a localização • Identificar dados demográficos essenciais • Descrever a história pregressa de saúde pertinente • Identificar diagnósticos atuais de enfermagem e médicos • Identificar diagnósticos de enfermagem e médicos resolvidos, conforme apropriado • Descrever o plano de cuidados, incluindo dieta, medicamentos e exercícios • Descrever as intervenções de enfermagem a serem implementadas • Identificar os equipamentos e suprimentos necessários para os cuidados • Resumir o progresso do paciente em direção às metas • Identificar data prevista de alta ou transferência • Identificar consulta de retorno planejada para cuidados de acompanhamento • Descrever o papel da família na continuidade dos cuidados • Identificar capacidades do paciente e da família na implementação dos cuidados após a alta • Identificar outras instituições que prestam cuidados

	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar informações de profissionais de saúde de outras instituições• Coordenar os cuidados com outros profissionais de saúde• Discutir os pontos fortes e recursos do paciente• Partilhar preocupações do paciente ou da família com outros prestadores de cuidados de saúde• Compartilhar informações de outros profissionais de saúde com o paciente e a família, conforme apropriado
--	--

ANEXO 6 – Diagnósticos de enfermagem de acordo com as definições e classificações da NANDA

DOMÍNIO	CLASSE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Domínio 1. Promoção da saúde	Classe 1 Percepção da saúde	Envolvimento em atividades de recreação diminuído Estilo de vida sedentário Disposição para letramento em saúde melhorado
	Classe 2 Controle da saúde	Comportamento de saúde propenso a risco Controle ineficaz da saúde Disposição para controle da saúde melhorado Controle da saúde familiar ineficaz Manutenção ineficaz da saúde Proteção ineficaz Saúde deficiente da comunidade Síndrome do idoso frágil Risco de síndrome do idoso frágil
Domínio 2. Nutrição	Classe 1 Ingestão	Produção insuficiente de leite materno Amamentação ineficaz Amamentação interrompida Disposição para amamentação melhorada Deglutição prejudicada Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente Dinâmica alimentar ineficaz da criança Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente Padrão ineficaz de alimentação do lactente Nutrição desequilibrada : menor do que as necessidades corporais Disposição para nutrição melhorada Obesidade Sobrepeso Risco de sobrepeso
	Classe 2 Digestão	-
	Classe 3 Absorção	-
	Classe 4 Metabolismo	Risco de função hepática prejudicada Risco de glicemia instável Hiperbilirrubinemia neonatal Risco de hiperbilirrubinemia neonatal Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico
	Classe 5 Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico Volume de líquidos deficiente Risco de volume de líquidos deficiente Volume de líquidos excessivo Risco de volume de líquidos desequilibrado
Domínio 3. Eliminação e troca	Classe 1 Função urinária	Eliminação urinária prejudicada Incontinência urinária de esforço Incontinência urinária de urgência Risco de incontinência urinária de urgência Incontinência urinária funcional Incontinência urinária por transbordamento Incontinência urinária reflexa Retenção urinária

	Classe 2 Função gastrointestinal	Constipação Risco de constipação Constipação percebida Constipação funcional crônica Risco de constipação funcional crônica Diarreia Incontinência intestinal Motilidade gastrointestinal disfuncional Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional
	Classe 3 Função tegumentar	-
	Classe 4 Função respiratória	Troca de gases prejudicada
Domínio 4. Atividade/repouso	Classe 1 Sono/repouso	Insônia Distúrbio no padrão de sono Privação de sono Disposição para sono melhorado
	Classe 2 Atividade/ exercício	Capacidade de transferência prejudicada Deambulação prejudicada Levantar-se prejudicado Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada Mobilidade física prejudicada Mobilidade no leito prejudicada Sentar-se prejudicado Risco de síndrome do desuso
	Classe 3 Equilíbrio de energia	Campo de energia desequilibrado Fadiga Perambulação
	Classe 4 Respostas cardiovasculares /pulmonares	Débito cardíaco diminuído Risco de débito cardíaco diminuído Padrão respiratório ineficaz Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Perfusão tissular periférica ineficaz Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de pressão arterial instável Resposta disfuncional ao desmame ventilatório Intolerância à atividade Risco de intolerância à atividade Ventilação espontânea prejudicada
	Classe 5 Autocuidado	Déficit no autocuidado para alimentação Déficit no autocuidado para banho Déficit no autocuidado para higiene íntima Déficit no autocuidado para vestir-se Disposição para melhora do autocuidado Autonegligência Manutenção do lar prejudicada
Domínio 5. Percepção/cognição Comunicação verbal prejudicada	Classe 1 Atenção	Negligência unilateral
	Classe 2 Orientação	-
	Classe 3 Sensação/ percepção	-

	Classe 4 Cognição	Confusão aguda Risco de confusão aguda Confusão crônica Conhecimento deficiente Disposição para conhecimento melhorado Controle de impulsos ineficaz Controle emocional lábil Memória prejudicada
	Classe 5 Comunicação	Disposição para comunicação melhorada
Domínio 6. Autopercepção	Classe 1 Autoconceito	Disposição para autoconceito melhorado Risco de dignidade humana comprometida Desesperança Disposição para esperança melhorada Distúrbio na identidade pessoal Risco de distúrbio na identidade pessoal
	Classe 2 Autoestima	Baixa autoestima crônica Risco de baixa autoestima crônica Baixa autoestima situacional Risco de baixa autoestima situacional
	Classe 3 Imagem corporal	Distúrbio na imagem corporal
Domínio 7. Papéis e relacionamentos	Classe 1 Papéis do cuidador	Paternidade ou maternidade prejudicada Risco de paternidade ou maternidade prejudicada Disposição para paternidade ou maternidade melhorada Tensão do papel de cuidador Risco de tensão do papel de cuidador
	Classe 2 Relações familiares	Processos familiares disfuncionais Processos familiares interrompidos Disposição para processos familiares melhorados Risco de vínculo prejudicado
	Classe 3 Desempenho de papéis	Conflito no papel de pai/mãe Desempenho de papel ineficaz Interação social prejudicada Relacionamento ineficaz Risco de relacionamento ineficaz Disposição para relacionamento melhorado
Domínio 8. Sexualidade	Classe 1 Identidade sexual	-
	Classe 2 Função sexual	Disfunção sexual Padrão de sexualidade ineficaz
	Classe 3 Reprodução	Risco de binômio mãe-feto perturbado Processo perinatólógico ineficaz Risco de processo perinatólógico ineficaz Disposição para processo perinatólógico melhorado
Domínio 9. Enfrentamento /tolerância ao estresse	Classe 1 Respostas pós-trauma	Síndrome do estresse por mudança Risco de síndrome do estresse por mudança Síndrome do trauma de estupro Síndrome pós-trauma Risco de síndrome pós-trauma Risco de transição complicada na imigração

	Classe 2 Respostas de enfrentamento	Ansiedade Ansiedade relacionada à morte Enfrentamento defensivo Enfrentamento ineficaz Disposição para enfrentamento melhorado Enfrentamento familiar comprometido Enfrentamento familiar incapacitado Disposição para enfrentamento familiar melhorado Enfrentamento ineficaz da comunidade Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade Sobrecarga de estresse Medo Negação ineficaz Pesar Pesar complicado Risco de pesar complicado Planejamento de atividade ineficaz Risco de planejamento de atividade ineficaz Regulação do humor prejudicada Resiliência prejudicada Risco de resiliência prejudicada Disposição para resiliência melhorada Sentimento de impotência Risco de sentimento de impotência Disposição para poder melhorado Tristeza crônica
	Classe 3 Estresse neurocomportamental	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída Comportamento desorganizado do lactente Risco de comportamento desorganizado do lactente Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente Disreflexia autonômica Risco de disreflexia autonômica Síndrome de abstinência de substâncias aguda Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda Síndrome de abstinência neonatal
Domínio 10. Princípios da vida	Classe 1 Valores	-
	Classe 2 Crenças	Disposição para bem-estar espiritual melhorado
	Classe 3 Coerência entre valores/crenças/atos	Religiosidade prejudicada Risco de religiosidade prejudicada Disposição para religiosidade melhorada Sofrimento espiritual Risco de sofrimento espiritual Sofrimento moral Conflito de decisão Disposição para tomada de decisão melhorada Tomada de decisão emancipada prejudicada Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada
Domínio 11. Segurança /proteção	Classe 1 Infecção	Risco de infecção Risco de infecção no sítio cirúrgico

	Classe 2 Lesão física	<p>Risco de aspiração Risco de boca seca Risco de choque Dentição prejudicada Desobstrução ineficaz das vias aéreas Risco de disfunção neurovascular periférica Integridade da membrana mucosa oral prejudicada Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada Integridade da pele prejudicada Risco de integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Risco de integridade tissular prejudicada Risco de lesão Risco de lesão do trato urinário Risco de lesão na cómea Risco de lesão por posicionamento perioperatório Risco de lesão por pressão Risco de lesão térmica Risco de morte súbita do lactente Risco de quedas Recuperação cirúrgica retardada Risco de recuperação cirúrgica retardada Risco de ressecamento ocular Risco de sangramento Risco de sufocação Risco de trauma vascular Risco de trauma físico Risco de tromboembolismo venoso</p>
	Classe 3 Violência	<p>Automutilação Risco de automutilação Risco de mutilação genital feminina Risco de suicídio Risco de violência direcionada a outros Risco de violência direcionada a si mesmo</p>
	Classe 4 Riscos ambientais	<p>Contaminação Risco de contaminação Risco de envenenamento Risco de lesão ocupacional</p>
	Classe 5 Processos defensivos	<p>Risco de reação adversa a meio de contraste iodado Risco de reação alérgica Reação alérgica ao látex Risco de reação alérgica ao látex</p>
	Classe 6 Termorregulação	<p>Hipertermia Hipotermia Risco de hipotermia Risco de hipotermia perioperatória Termorregulação ineficaz Risco de termorregulação ineficaz</p>
	Domínio 12. Conforto	Classe 1 Conforto físico
Classe 2 Conforto ambiental		<p>Conforto prejudicado Disposição para conforto melhorado</p>

	Classe 3 Conforto social	Conforto prejudicado Disposição para conforto melhorado Isolamento social Risco de solidão
Domínio 13. Crescimento/ desenvolvimento	Classe 1 Crescimento	-
	Classe 2 Desenvolvimen- to	Risco de desenvolvimento atrasado

ANEXO 7 – Resultados de enfermagem relacionados às intervenções de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada com foco na manutenção/recuperação da capacidade funcional de acordo com a NOC

RESULTADO DE ENFERMAGEM NOC	INDICADORES
1300 - Aceitação: estado de saúde	<p>130002 Renúncia ao conceito anterior de saúde pessoal 130008 Reconhece a realidade da situação de saúde 130020 Relata autoconsideração positiva 130016 Mantém relacionamentos 130007 Relata diminuição da necessidade de verbalizar sentimentos sobre saúde 130017 Adapta-se às mudanças no estado de saúde 130021 Expressa paz interior 130018 Apresenta resiliência 130009 Busca informações sobre saúde 130010 Enfrenta a situação de saúde 130011 Toma decisões sobre saúde 130012 Esclarece valores pessoais 130019 Esclarece prioridades de vida 130013 Relata a sensação de que vale a pena viver 130014 Executa as tarefas de autocuidado</p> <hr/> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1311 – Adaptação à mudança	<p>131101 Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida 131102 Participa na tomada de decisão no novo ambiente 131103 Expressa satisfação com a rotina diária 131104 Expressa satisfação com o nível de independência 131105 Compara as necessidades de cuidados aos recursos existentes 131106 Expressa satisfação com as relações sociais 131107 Expressa satisfação com a variedade de alimentos 131108 Expressa satisfação com a preparação de alimentos 131109 Expressa satisfação com os pertences pessoais retidos 131110 Expressa satisfação com os arranjos de vida 131111 Exibe humor positivo 131112 Parece satisfeito (a) 131113 Respeita os direitos de outras pessoas 131114 Mantém relações positivas com a família 131115 Mantém relações positivas com os amigos 131116 Mantém relações positivas com outras pessoas no novo ambiente 131117 Participa de atividades sociais</p> <hr/> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p> <hr/> <p>131118 Agitação 131119 Ansiedade 131120 Medo 131121 Preocupação 131122 Frustração 131123 Raiva 131124 Depressão 131125 Retraimento</p>

	<p>131126 Solidão 131127 Tédio 131128 Apatia 131129 Desconfiança</p>
<p>1305 – Adaptação psicossocial: mudança de vida</p>	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Consistentemente demonstrado (1) Frequentemente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Raramente demonstrado (4) Nunca demonstrado (5)</p>
<p>1934 – Ambiente de cuidado à saúde seguro</p>	<p>130501 Estabelece metas realistas 130502 Mantém autoestima 130503 Mantém a produtividade 130504 Relata sentir-se útil 130505 Verbaliza otimismo sobre o presente 130506 Verbaliza otimismo quanto ao futuro 130507 Relata sentir-se empoderado 130508 Identifica múltiplas estratégias de enfrentamento 130509 Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento 130510 Utiliza estratégias efetivas de controle financeiro 130513 Utiliza suporte social disponível 130514 Participa de atividades de lazer 130511 Expressa satisfação com as condições de vida 130512 Relata sentir-se socialmente engajado</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
	<p>193401 Fornecimento de iluminação 193402 Colocação de corrimões 193403 Uso de sistema de alarme pessoal 193404 Sistema de chamada da enfermagem ao alcance 193405 Cama em posição baixa 193406 Organização dos móveis para reduzir os riscos de acordo com as necessidades do paciente 193407 Regulação da temperatura do quarto 193408 Eliminação de níveis de ruídos prejudiciais 193409 Fornecimento de dispositivos auxiliares em locais acessíveis 193410 Alarmes de segurança dos equipamentos ligados e funcionando 193411 Fornecimento de equipamentos que satisfaça as normas de segurança 193412 Fornecimento de área de brincadeira segura 193413 Fornecimento de brinquedos apropriados para a idade 193414 Uso de protetor nas tomadas elétricas 193415 Armazenamento seguro de materiais perigosos 193416 Política de prevenção de quedas 193417 Inserção de prescrição médica computadorizada 193418 Política de medicamentos de alto risco 193419 Gráfico de medicação no ponto de cuidado à beira do leito 193420 Atividade de reconciliação medicamentosa 193421 Sistema de alerta de energia 193422 Armazenamento seguro de medicação 193423 Sistema de relato de erros, incluindo quase acidentes 193424 Programa de segurança do paciente 193425 Uso de protocolos de prática baseada em evidência 193426 Sistemas estabelecidos de controle de cuidados 193427 Avaliação de uso de contenção física e política de reavaliação 193428 Avaliação do uso de contenção química e política de reavaliação</p>

	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Não adequado (1) Levemente adequado (2) Moderadamente adequado (3) Substancialmente adequado (4) Totalmente adequado (5)</p>
2609 – Apoio da família durante o tratamento	<p>260901 Membros expressam desejo de apoiar o membro doente 260902 Membros expressam sentimentos e emoções de preocupação com o membro doente 260903 Membros perguntam como eles podem ajudar 260904 Solicitar informações sobre procedimentos 260905 Solicitar informações sobre a condição do paciente 260906 Membros mantêm a comunicação com o membro doente 260907 Membros incentivam o membro doente 260908 Membros fornecem toque reconfortante ao membro doente 260915 Busca de apoio social para o membro doente 260916 Busca de apoio espiritual para o membro doente 260910 Colabora com o membro doente na determinação do cuidado 260911 Colabora com os prestadores de saúde na determinação do cuidado 260912 Membros verbalizam o significado da crise na saúde 260913 Entra em contato com outros membros, conforme desejado pelo membro doente 260914 Fornece informações precisas para os outros membros 260917 Participa no planejamento de alta</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1504 – Apoio social	<p>150408 Desejo de convocar outras pessoas para pedir ajuda 150401 Disponibilidade de dinheiro de outras pessoas, quando necessário 150412 Assistência oferecida por outras pessoas 150402 Tempo fornecido por outras pessoas 150403 Trabalho prestado por outras pessoas 150404 Informações fornecidas por outras pessoas 160405 Assistência emocional fornecida por outras pessoas 150406 Relações de confiança 150407 Pessoas que podem ajudar na medida das necessidades 150409 Rede social de assistência 150410 Contatos sociais de apoio 150411 Rede social estável</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Não adequado (1) Levemente adequado (2) Moderadamente adequado (3) Substancialmente adequado (4) Totalmente adequado (5)</p>
1402- Autocontrole da ansiedade	<p>140201 Monitora a intensidade da ansiedade 140202 Elimina percussores da ansiedade 140203 Diminui estímulos ambientais quando ansioso 140204 Busca informações para reduzir a ansiedade 140205 Planeja estratégias de enfrentamento para situações estressantes 140206 Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento 140207 Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade 140208 Monitora a duração dos episódios 140209 Monitora a duração do tempo entre os episódios 140210 Mantém o desempenho de papel 140211 Mantém as relações sociais</p>

	<p>140212 Mantém a concentração 140213 Monitora distorções perceptivas sensoriais 140214 Mantém sono adequado 140215 Monitora manifestações físicas de ansiedade 140216 Monitora manifestações comportamentais de ansiedade 140217 Controla a resposta à ansiedade</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
0300 – Autocuidado: atividades da vida diária (AVD)	<p>030001 Alimentar-se 030002 Vestir-se 030003 Higiene íntima 030004 Tomar banho 030005 Arrumar-se 030006 Higiene 030007 Higiene oral 030008 Andar 030009 Mobilidade em cadeira de rodas 030010 Desempenho na transferência 030012 Posicionar-se</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
0306 – Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	<p>030601 Compra mantimentos 030602 Compra roupas 030603 Compra suprimentos domésticos 030604 Prepara refeições 030605 Serve as refeições 030606 Utiliza o telefone 030607 Comunica-se por escrito 030608 Abre recipientes 030609 Realiza trabalho doméstico 030610 Realiza consertos no domicílio 030611 Realiza tarefas de jardinagem 030612 Controla o dinheiro 030613 Controla os negócios 030614 Desloca-se utilizando o transporte público 030615 Dirige o próprio carro 030616 Lava as próprias roupas 030617 Controla a própria medicação não-parenteral 030619 Controla a própria medicação parenteral</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
1614 – Autonomia pessoal	<p>161401 Toma decisões de vida informadas 161402 Considera outras opiniões ao fazer escolhas 161403 Expressa independência no processo de tomada de decisões 161404 Toma decisões livres de pressão indesejada dos pais 161405 Toma decisões livres de pressão indesejada do cônjuge 161406 Toma decisões livres de pressão indesejada dos filhos</p>

	<p>161407 Toma decisões livres de pressão indesejada de membros da família 161408 Toma decisões livres de pressão indesejada de amigos 161409 Toma decisões livres de pressão de profissional da saúde 161410 Declara as preferências pessoais 161411 Participa das decisões de cuidados de saúde 161412 Expressa satisfação com as escolhas de vida</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
2508 – Bem-estar do cuidador	<p>250801 Saúde física 250802 Saúde psicológica 250803 Estilo de vida 250804 Desempenho normal de papéis 252805 Suporte social 252806 Apoio às atividades instrumentais de vida diária 252807 Suporte ao profissional de saúde 252808 Relações sociais 252811 Família compartilhando as responsabilidades 250812 Disponibilidade de folga ao cuidador 250813 Capacidade de enfrentamento 250809 Papel de cuidador 250814 Recursos financeiros para o oferecimento de cuidados</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Não muito satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
2601- Bem-estar familiar	<p>260101 Participa de atividades em conjunto 260102 Participa de tradições familiares 260103 Frequenta atividades religiosas juntos 260121 Mantém relações com os membros da família distantes 260122 Mantém relações com os amigos 260105 Participa em atividades de lazer 260119 Participa em eventos da comunidade 260106 Estabelece as regras da família 260123 Estabelece rotina familiar 260124 Mantém a rotina da família 260108 Mantém a casa limpa 260109 Apoia um ao outro 260110 Proporciona privacidade dos membros 260111 Apoia a individualidade e a independência entre os membros 260125 Incentiva atividades que aumentam a maturidade 260126 Incentiva a aprendizagem ao longo da vida 260112 Partilha ao processo de tomada de decisão 260113 Trabalha em cooperação para atingir as metas da família 260114 Compartilha sentimentos um com os outros 260120 Partilha problemas um com os outros 260115 Discute questões relevante para a família 260116 Soluciona problemas juntos 260117 Promove a coesão</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4)</p>

	Consistentemente demonstrado (5)
2002 – Bem-estar pessoal	<p>200201 Desempenho de atividades da vida diária 200212 Desempenho de papéis habituais 200202 Saúde psicológica 200203 Relações sociais 200204 Vida espiritual 200205 Saúde física 200206 Estado cognitivo 200207 Habilidade de enfrentamento 200208 Habilidade de relaxar 200209 Nível de felicidade 200210 Habilidade de expressar emoções 200213 Habilidade de controlar as atividades 200214 Oportunidades para escolha de cuidado (s) com a saúde</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Não muito satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
0900 - Cognição	<p>090014 Comunicação clara para a idade 090015 Comunicação adequada para a idade 090013 Compreensão do significado das situações 090003 Capacidade para ficar atento 090004 Concentração 090005 Orientação cognitiva 090006 Memória imediata 090007 Memória recente 090008 Memória remota 090009 Processamento de informações 090010 Ato de pesar alternativas ao tomar decisões 090011 Tomada de decisão adequada 090016 Habilidades de cálculos complexos</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
1603 - Comportamento de busca da saúde	<p>160301 Faz perguntas relacionadas à saúde 160302 Conclui tarefas relacionadas com a saúde 160303 Executa autoexame 160313 Obtém assistência de profissional da saúde 160305 Executa atividades da vida diária consistentes com sua tolerância 160306 Descreve estratégias para eliminar comportamentos não saudáveis 160314 Executa comportamento de saúde auto iniciado 160308 Executa comportamento de saúde prescrito 160315 Usa informações confiáveis sobre a saúde 160310 Descreve estratégias para otimizar a saúde 160316 Procura assistência quando necessário</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1602 – Comportamento	<p>160201 Utiliza comportamentos que evitam riscos 160202 Monitora o ambiente quanto a riscos 160203 Monitora comportamentos pessoais em busca de riscos</p>

<p>de promoção da saúde</p>	<p>160221 Equilibra atividade e repouso 160222 Mantém sono adequado 160205 Utiliza técnicas efetivas de redução de estresse 160206 Mantém relações sociais 160207 Pratica comportamentos saudáveis rotineiramente 160208 Apoia políticas públicas de saúde 160209 Utiliza recursos financeiros para promover saúde 160210 Utiliza apoios sociais para promover saúde 160212 Obtém imunizações recomendadas 160213 Obtém avaliações de rastreamento de saúde recomendadas 160214 Segue dieta saudável 160223 Bebe oito copos de água por dia 160224 Faz check-ups de saúde regulares 160215 Utiliza estratégias efetivas de controle de peso 160216 Realiza exercícios efetivos de rotina 160217 Evita exposição a doenças infecciosas 160225 Evita exposição como fumante passivo 160218 Evita abuso de álcool 160219 Evita consumo de tabaco 160220 Evita uso de drogas recreativas</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
<p>0902 – Comunicação</p>	<p>090201 Uso da linguagem escrita 090202 Uso da linguagem falada 090203 Uso da linguagem e desenhos 090204 Uso de linguagem de sinais 090205 Uso de linguagem não verbal 090206 Reconhecimento de mensagens recebidas 090210 Interpretação precisa das mensagens recebidas 090207 Direcionamento das mensagens ao receptor certo 090208 Trocas de mensagens com outros, de forma precisa</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
<p>1805 – Conhecimento: comportamentos de saúde</p>	<p>180501 Práticas nutricionais saudáveis 180502 Benefícios do exercício regular 180503 Estratégias para controle do estresse 180504 Padrões de sono-vigília normais 180505 Métodos de planejamento familiar 180506 Efeitos à saúde reversíveis do uso do tabaco 180507 Efeitos adversos à saúde do uso do álcool 180508 Efeitos adversos à saúde do uso de drogas recreativas 180509 Uso seguro do medicamento prescrito 180510 Uso seguro do medicamento não prescrito 180511 Efeitos do uso de cafeína 180512 Estratégias para reduzir o risco de lesão acidental 180513 Estratégias para evitar a exposição a perigos ambientais 180514 Estratégias de prevenção da transmissão de doenças infecciosas 180518 Serviços de promoção da saúde 180519 Serviços de proteção à saúde 180516 Técnicas de autoexame</p>

	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Nenhum conhecimento (1) Conhecimento limitado (2) Conhecimento moderado (3) Conhecimento substancial (4) Conhecimento vasto (5)</p>
<p>1823 - Conhecimento: promoção da saúde</p>	<p>182308 Comportamentos que promovem à saúde 182309 Estratégia para controle do estresse 182310 Avaliações de saúde de rastreamento recomendadas 182311 Imunizações recomendadas 182321 Autoexames recomendados para detecção de câncer 182312 Recursos de cuidados à saúde confiáveis 182313 Prevenção e controle da infecção 182314 Comportamentos de prevenção de lesões não intencionais 182315 Comportamentos de proteção contra exposição da pele ao sol 182316 Controle seguro dos medicamentos 182322 Efeitos adversos à saúde do uso do álcool 182323 Efeitos adversos à saúde do tabaco 182324 Efeitos adversos à saúde do uso de drogas 182318 Prática nutricional saudável 182319 Estratégias para controle do peso 182320 Rotina efetiva de exercícios 182325 Relação entre dieta, exercício e peso 182326 Estratégias para evitar a exposição a perigos ambientais 182327 Risco de doença hereditária 182328 Fontes de informação respeitáveis de promoção da saúde</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Nenhum conhecimento (1) Conhecimento limitado (2) Conhecimento moderado (3) Conhecimento substancial (4) Conhecimento vasto (5)</p>
<p>2205 – Desempenho do cuidador: cuidados diretos</p>	<p>220503 Conhecimento do processo de doença 220504 Conhecimento do regime de tratamento 220505 Adesão ao regime de tratamento 220516 Realização de procedimentos 220502 Assistência ao receptor dos cuidados nas necessidades das atividades da vida diária 220506 Assistência ao receptor dos cuidados nas necessidades instrumentais da vida diária 220501 Oferecimento de apoio emocional ao receptor de cuidados 220508 Vigilância da condição de saúde do receptor dos cuidados 220509 Vigilância do comportamento 220510 Antecipação de necessidades do receptor dos cuidados 220517 Consideração positiva incondicional ao receptor dos cuidados 220518 Competência para monitoração do próprio nível de habilidade de oferecer cuidados 220513 Confiança no desempenho das necessidades 220515 Fomecimento de um ambiente seguro</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Não adequado (1) Levemente adequado (2) Moderadamente adequado (3) Substancialmente adequado (4) Totalmente adequado (5)</p>
<p>2206 - Desempenho do</p>	<p>220601 Confiança na resolução de problemas 220602 Reconhecimento de mudanças no estado de saúde do receptor dos cuidados</p>

cuidador: cuidados indiretos	220603 Reconhecimento de mudanças no comportamento do receptor dos cuidados 220614 Antecipação das necessidades do receptor dos cuidados 220605 Obtenção de serviços de cuidados de saúde necessários ao receptor dos cuidados 220611 Obtenção de transporte necessário ao receptor dos cuidados 220612 Obtenção de equipamentos e dos suprimentos necessários ao receptor dos cuidados 220606 Habilidade de supervisionar a prestação de cuidados 220615 Consideração positiva incondicional ao receptor de cuidados 220608 Habilidade em lidar com problemas de cuidados com provedores de cuidados diretos 220609 Confiança no desempenho das tarefas necessárias 220613 Reconhecimento das exigências de segurança <i>Classificação da meta do resultado</i> Não adequado (1) Levemente adequado (2) Moderadamente adequado (3) Substancialmente adequado (4) Totalmente adequado (5)
0210 – Desempenho na transferência	021009 Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado 021001 Transferência da cama para a cadeira 021002 Transferência de uma cadeira para a cama 021003 Transferência de uma cadeira para outra cadeira 021004 Transferência da cadeira de rodas para um veículo 021005 Transferência de um veículo para a cadeira de rodas 021007 Transferência de uma cadeira de rodas para o vaso sanitário 021008 Transferência do vaso sanitário para a cadeira de rodas <i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)
2202 – Disposição do cuidador para o cuidado domiciliar	220201 Disposição para assumir papel de cuidador 220204 Participação em decisões sobre cuidados domésticos 220202 Conhecimento sobre o papel de cuidado 220203 Demonstração de consideração positiva com relação ao receptor dos cuidados 220205 Conhecimento do processo de doença do receptor dos cuidados 220206 Conhecimento sobre o regime de tratamento do receptor dos cuidados 220207 Conhecimento dos procedimentos recomendados 220219 Conhecimento do equipamento e dos suprimentos necessários 220220 Conhecimento de funcionamento do equipamento 220208 Conhecimento da atividade prescrita 220209 Conhecimento dos cuidados de acompanhamento 220210 Conhecimento de cuidados de emergência 220211 Conhecimento dos recursos financeiros 220212 Recursos financeiros para os cuidados 220213 Conhecimento de quando fazer contato com profissional de saúde 220214 Apoio social percebido para cuidar 220215 Confiança na capacidade de controlar o cuidado em casa 220217 Disposição para envolver o receptor dos cuidados no planejamento dos cuidados 220218 Evidência de planos para cuidador reserva 220222 Participa no planejamento da alta <i>Classificação da meta do resultado</i> Não adequado (1) Levemente adequado (2)

	<p>Moderadamente adequado (3) Substancialmente adequado (4) Totalmente adequado (5)</p>
0312 – Disposição para a alta: vida com apoio	<p>031201 Paciente com necessidades coerente de apoio de equipe 031202 Paciente com necessidades coerente de apoio da família 031203 Orientação para cuidado na nova moradia 031204 Aceita transferência para nova moradia 031205 Descreve necessidades especiais 031206 Descreve planos a curto prazo 031207 Descreve planos a longo prazo 031208 Descreve planos para continuidade dos cuidados 031209 Participa no planejamento da alta</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
0311 – Disposição para a alta: vida independente	<p>31113 Obtém a assistência necessária 31114 Utiliza sistema de apoio social 31106 Descreve sinais e sintomas ao profissional de saúde 31107 Descreve tratamentos prescritos 31108 Descreve riscos de complicações 30115 Controla os próprios medicamentos não parenterais 31116 Controla os próprios medicamentos parenterais 31110 Realiza atividades de vida diária (AVD) de forma independente 31111 Realiza atividades instrumentais de vida diária (AIVD) de forma independente 31112 Faz julgamentos adequados 31117 Participa do planejamento de alta 031101 Febre 031102 Infecção 031103 Confusão</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1302 – Enfrentamento	<p>130201 Identifica padrões de enfrentamento eficazes 130202 Identifica padrões de enfrentamento ineficazes 130203 Verbaliza senso de controle 130204 Relata diminuição do estresse 130205 Verbaliza aceitação da situação 130220 Busca informações confiáveis sobre o diagnóstico 130221 Busca informações confiáveis sobre o tratamento 130207 Modifica o estilo de vida para reduzir o estresse 130208 Adapta-se a mudança de vida 130222 Utiliza senso de apoio social 130210 Usa comportamentos para reduzir o estresse 130211 Identifica várias estratégias efetivas de enfrentamento 130212 Utiliza estratégias efetivas de tratamento 130213 Evita situações estressantes indevidas 130214 Verbaliza necessidade de assistência 130223 Obtém a assistência de profissional de saúde 130216 Relata a diminuição dos sintomas físicos de estresse 130217 Relata a diminuição de pensamentos negativos 130218 Relata aumento do conforto psicológico</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p>

	<p>Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
2600 – Enfrentamento familiar	<p>260020 Estabelece flexibilidade do seu papel 260002 Permite flexibilidade do papel de membros 260003 Confronta problemas familiares 260005 Maneja os problemas familiares 260006 Envolve os membros da família na tomada de decisões 260007 Expressa sentimentos e emoções abertamente entre os membros 260021 Utiliza estratégias para manejar conflitos familiares 260009 Utiliza estratégias de redução de estresse centrada na família 260010 Cuida das necessidades de todos os membros da família 260011 Estabelece as prioridades da família 260012 Estabelece agenda para rotinas e atividades da família 260019 Compartilha responsabilidades pelas tarefas da família 260013 Providencia cuidados na folga do cuidador 260014 Planeja para emergências 260015 Mantém estabilidade financeira 260022 Relata necessidade de assistência familiar 260023 Obtém assistência familiar 260024 Utiliza sistema de apoio familiar disponível 260025 Utiliza sistema de apoio comunitário disponível</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1503 – Envolvimento social	<p>150301 Interage com amigos mais próximos 150302 Interage com os vizinhos 150303 Interage com membros da família 150304 Interage com membros do(s) grupo(s) de trabalho 150305 Participa como membro de uma igreja 150306 Participa em trabalho ativo da igreja 150307 Participa como funcionário de uma organização 150308 Participa como funcionário de uma organização 150309 Participa como voluntário 150311 Participa de atividades de lazer com outras pessoas 150313 Participa em esportes de equipe</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
0202 – Equilíbrio	<p>020202 Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas 020212 Mantém o equilíbrio enquanto levanta da posição sentada 020201 Mantém o equilíbrio enquanto em pé 020203 Mantém o equilíbrio enquanto caminha 020209 Mantém o equilíbrio enquanto apoiado em um só pé 020210 Mantém o equilíbrio enquanto muda o apoio de seu peso de um pé para o outro 020213 Mantém o equilíbrio enquanto gira 360 graus 020211 Postura</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2)</p>

	<p>Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
	<p>020205 Oscilação do corpo 020206 Tontura 020207 Tremores 020208 Tropeços</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Grave (1) Substancial (2) Moderado (3) Leve (4) Nenhum (0)</p>
1012 - Estado de autocuidado	<p>031301 Tomar banho sozinho 031302 Veste-se sozinho 031303 Prepara comida e bebida para se alimentar 031304 Alimenta-se sozinho 031305 Mantém asseio pessoal 031306 Mantém a higiene oral 031307 Realiza a higiene íntima de modo independente 031315 Controla o próprio medicamento não parenteral 031309 Controla o próprio medicamento parenteral 031310 Realiza tarefas domésticas 031311 Controla finanças domésticas 031312 Providência o próprio transporte 031313 Obtém os itens domésticos necessários 031314 Reconhece as necessidades de segurança no domicílio</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
2006 – Estado de saúde pessoal	<p>200601 Aptidão física 200602 Nível de mobilidade 200603 Nível de energia 200604 Nível de conforto 200605 Desempenho das atividades da vida diária (AVD) 200606 Desempenho das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) 200607 Resistência à infecções 200608 Cicatrização tissular 200609 Padrão de sono-reposo 200610 Função gastrointestinal 200611 Função cardíaca 200612 Perfunção tissular periférica 200613 Função neurológica 200614 Função pulmonar 200615 Função renal 200626 Função sensorial 200627 Função sexual 200628 Função endócrina 200616 Peso 200617 Estado nutricional 200618 Estado cognitivo 200619 Saúde mental 200629 Controle dos sintomas 200630 Controle da dor 200620 Equilíbrio do humor 200621 Vida espiritual</p>

	<p>200622 Capacidade de enfrentamento 200623 Adaptação à condições crônicas 200631 Capacidade de comunicar-se 200634 Capacidade de expressar emoções 200625 Relacionamentos sociais</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
0222 – Marcha	<p>022201 Estabilidade da marcha 022202 Equilíbrio enquanto caminha 022203 Postura na caminhada 022204 Anda em linha reta 022205 Distância da caminhada 022206 Simetria do passo 022207 Velocidade apropriada para a atividade 022208 Base de apoio 022209 Balanço do braço 022210 Alcance da flexão do joelho direito 022211 Alcance da flexão do joelho esquerdo 022212 Alcance da flexão do quadril direito 022213 Alcance da flexão do quadril esquerdo</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
	<p>022214 Hesitação 022215 Claudicação 022216 Marcha cambaleante 022217 Entrelaçamento das pernas 022218 Tropeços 022219 Saltos 022220 Inclinação de um lado para o outro 022221 Quadril contorcidos 022222 Elevação dos joelhos durante a marcha 022223 Caminhada com as pernas rígidas 022224 Postura inclinada para frente</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Grave (1) Substancial (2) Moderado (3) Leve (4) Nenhum (5)</p>
0208 – Mobilidade	<p>020801 Equilíbrio 020809 Coordenação 020810 Marcha 020803 Movimento dos músculos 020804 Movimento das articulações 020802 Desempenho no posicionamento do corpo 020805 Desempenho de transferência 020811 Correr 020812 Saltar 020813 Rastejar 020806 Andar 020814 Movimentos realizados com facilidade</p>

	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
1209 – Motivação	<p>120901 Planeja para o futuro 120902 Desenvolve um plano de ação 120903 Obtém os recursos conforme necessário 120904 Obtém suporte conforme necessário 120905 Autoindica comportamentos direcionados aos objetivos 120906 Busca novas experiências 120908 Mantém autoestima positiva 120916 Mantém a flexibilidade 120910 Acredita na habilidade de realizar a ação 120911 Expressa que o desempenho levará ao resultado desejado 120912 Completa tarefas 120913 Aceita responsabilidades para ações 120917 Antecipa recompensa intrínseca 120918 Antecipa recompensa extrínseca 120905 Expressa intenção de agir</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
0212 – Movimento coordenado	<p>021201 Força da contração muscular 021202 Tônus muscular 021203 Velocidade de movimento 021204 Suavidade de movimentos 021205 Controle do movimento 021206 Estabilidade do movimento 021207 Equilíbrio do movimento 021208 Tensão muscular 021209 Movimento na direção desejada 021210 Movimento no tempo desejado 021211 Movimento na velocidade desejada 021212 Movimento na precisão desejada</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
2604 – Normalização da família	<p>260417 Reconhece potencial de prejuízo para alterar as rotinas da família 260403 Mantém rotinas familiares habituais 260405 Adapta as rotinas da família para acomodar as necessidades do membro afetado 260406 Atende às necessidades físicas dos membros da família 260407 Satisfaz as necessidades psicossociais dos membros da família 260408 Atende às necessidades de desenvolvimento dos membros da família 260418 Relata que a vida familiar retornou ao estado pré-crise 260419 Mantém atividades e rotinas conforme apropriado 260420 Mantém as expectativas usuais do membro 260412 Oferece atividades adequadas à idade e à capacidade do membro da família afetado 260413 Estruturação das atividades de modo a evitar embaraço do membro da família afetado</p>

	<p>260414 Estruturação do ambiente de modo a evitar embarço do membro da família afetado</p> <p>260415 Uso de grupos de apoio da comunidade</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Nunca demonstrado (1)</p> <p>Raramente demonstrado (2)</p> <p>Algumas vezes demonstrado (3)</p> <p>Frequentemente demonstrado (4)</p> <p>Consistentemente demonstrado (5)</p>
0901 – Orientação cognitiva	<p>090101 Identifica a si mesmo</p> <p>090102 Identifica pessoas significativas</p> <p>090103 Identifica o local onde está no momento</p> <p>090104 Identifica o dia correto</p> <p>090105 Identifica o mês correto</p> <p>090106 Identifica o ano correto</p> <p>090107 Identifica a estação do ano correta</p> <p>090109 Identifica eventos significativos do momento</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Nunca demonstrado (1)</p> <p>Raramente demonstrado (2)</p> <p>Algumas vezes demonstrado (3)</p> <p>Frequentemente demonstrado (4)</p> <p>Consistentemente demonstrado (5)</p>
1705 – Orientação para a saúde	<p>170501 Concentração no bem-estar</p> <p>170514 Concentração na manutenção dos comportamentos de saúde</p> <p>170502 Concentração na prevenção de doenças</p> <p>170503 Concentração na manutenção do desempenho de papel</p> <p>170504 Concentração na manutenção das capacidades funcionais</p> <p>170505 Concentração na adaptação às situações da vida</p> <p>170506 Concentração no bem-estar global</p> <p>170507 Expectativa de que o indivíduo seja responsável pelas escolhas relacionadas à saúde</p> <p>170508 Percepção de que os comportamentos de saúde são benéficos para sua saúde</p> <p>170515 Importância percebida de incorporar comportamentos de saúde e crenças culturais</p> <p>170512 Percepção de que a saúde é uma alta prioridade nas escolhas do estilo de vida</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Muito fraco (1)</p> <p>Fraco (2)</p> <p>Moderado (3)</p> <p>Forte (4)</p> <p>Muito forte (5)</p>
2605 – Participação familiar no cuidado profissional	<p>260501 Participa no planejamento dos cuidados</p> <p>260502 Participa na prestação de cuidados</p> <p>260503 Fomece informações relevantes</p> <p>260504 Obtém informações necessárias</p> <p>260505 Identifica fatores que afetam o cuidado</p> <p>260506 Colabora na determinação do tratamento</p> <p>260507 Define as necessidades e problemas relevantes para cuidar</p> <p>260508 Toma decisões quando o paciente é incapaz de fazê-lo</p> <p>260509 Participa de decisões com o paciente</p> <p>260510 Participa na definição de um objetivo mútuo para o cuidado</p> <p>260511 Avalia a efetividade do cuidado</p> <p>260513 Participa do plano de alta</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p> <p>Nunca demonstrado (1)</p> <p>Raramente demonstrado (2)</p>

	<p>Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
1606 – Participação nas decisões sobre cuidados de saúde	<p>160601 Reivindica responsabilidades de tomada de decisão 160602 Mostra auto direcionamento nas tomadas de decisões 160603 Busca informações confiáveis 160604 Define opções disponíveis 160605 Especifica preferências de resultados de saúde 160606 Identifica prioridades nos resultados de saúde 160607 Identifica as barreiras ao alcance dos resultados desejados 160608 Usa técnicas de resolução de problemas para alcançar os resultados desejados 160609 Declara a intenção de agir conforme a decisão 160610 Identifica apoio disponível para alcançar os resultados desejados 160611 Busca os serviços de saúde para alcançar os resultados desejados 160612 Negocia as preferências de cuidados 160613 Monitora barreiras ao alcance dos resultados 160614 Identifica nível de alcance dos resultados 160615 Avalia a satisfação com os resultados dos cuidados</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca demonstrado (1) Raramente demonstrado (2) Algumas vezes demonstrado (3) Frequentemente demonstrado (4) Consistentemente demonstrado (5)</p>
0203- Posicionamento do corpo: auto iniciado	<p>020302 Passa de deitado para sentado 020303 Passa de sentado para deitado 020304 Passa de sentado para em pé 020305 Passa de em pé para sentado 020306 Passa de em pé para ajoelhado 020307 Passa de ajoelhado para em pé 020308 Passa de em pé para agachado 020309 Passa de agachado para em pé 020310 Flexiona o quadril quando em pé 020311 Move-se de um lado para o outro quando deitado 020301 Move-se de frente para trás quando deitado 020313 Move-se de trás pra frente quando deitado</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)</p>
2000 – Qualidade de vida	<p>200001 Estado de saúde 200002 Circunstâncias sociais 200003 Circunstâncias ambientais 200013 Privacidade 200014 Dignidade 200015 Autonomia 200004 Estado econômico 200005 Nível de educação 200006 Vida profissional 200007 Relações próximas 200008 Alcance de metas de vida 200009 Capacidade de enfrentamento 200010 Autoconceito 200011 Humor extrovertido 200016 Independência nas atividades da vida diária</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i></p>

	<p>Não muito satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
2204 – Relacionamento cuidador-paciente	<p>220401 Comunicação efetiva 220402 Paciência 220404 Calma 220405 Apoio e afirmação 220406 Companheirismo 220407 Cuidado 220408 Compromisso a longo prazo 220409 Aceitação mútua 220410 Respeito mútuo 220411 Solução cooperativa de problemas 220412 Senso de responsabilidade 220413 Sensação mútua de vínculo</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nunca positivo (1) Raramente positivo (2) Às vezes positivo (3) Frequentemente positivo (4) Consistentemente positivo (5)</p>
3013 – Satisfação do cliente: aspectos técnicos dos cuidados	<p>301301 Cuidado correto fornecido 301302 Organização dos cuidados 301303 Rigor dos cuidados 301304 Capacidade dos funcionários 301305 Conhecimento do processo da doença pela enfermeira 301306 Conhecimento dos procedimentos pela enfermeira 301307 Conhecimento dos medicamentos pela enfermeira 301308 Conhecimento da história de saúde pela enfermeira 301309 Consistência de desempenho de atendimento 301310 Consistência de pessoal que presta cuidados 301311 Conforto promovido durante o tratamento 301312 Gentileza dos funcionários 301317 Competência dos funcionários 301314 Capacidade de resposta dos funcionários em situações de emergência 301315 Suprimentos e equipamentos não desperdiçados</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
3005 – Satisfação do cliente: assistência funcional	<p>300501 Incluído no planejamento da assistência para melhora da mobilidade e do autocuidado 300502 Incluído no planejamento a agenda de horários do autocuidado 300503 Encorajado a ser o mais ativo possível 300504 Assistência na atividade física 300505 Rotina de exercícios implementada para obter ou manter a mobilidade 300506 Rotina de exercícios implementada para obter ou manter a flexibilidade 300507 Equipamento providenciado para aumentar a mobilidade 300516 Informações dadas para o uso correto de outros dispositivos 300509 Espaço no quarto providenciado para o equipamento necessário como apoio/independência funcional 300510 Segurança ensinada em todas as atividades 300511 Oportunidade de realizar o autocuidado, a menos que seja solicitada assistência 300512 Assistência nos cuidados</p>

	<p>300513 Permissão para escolher as próprias roupas 300514 Permissão para escolher os alimentos para as refeições 300515 Informações fornecidas para manejo dos medicamentos</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
<p>3002 – Satisfação do cliente: comunicação</p>	<p>300201 A equipe se apresenta 300202 Uso do nome preferido pelo cliente 300203 A equipe fala com clareza 300204 A equipe escuta o cliente 300205 A equipe encoraja perguntas 300206 A equipe repete informações com a frequência necessária 300207 A equipe disponibiliza seu tempo ao se comunicar 300208 A equipe apresenta as informações de maneira compreensível 300209 A equipe certifica-se de que as informações foram compreendidas 300210 A equipe utiliza comunicação sem julgamento 300211 As perguntas são respondidas com clareza 300212 As perguntas são completamente respondidas 300213 As perguntas são respondidas em período de tempo razoável 300214 As informações dadas pela equipe de enfermagem são consistentes 300215 Os valores pessoais são considerados na comunicação 300216 As preferências pessoais são consideradas 300217 Discrepâncias nas informações são resolvidas em tempo hábil 300218 Métodos alternativos de comunicação são usados quando necessário</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
<p>3003 – Satisfação do cliente: continuidade dos cuidados</p>	<p>300301 Coordenação dos cuidados 300302 Preferências pessoais incluídas n plano de cuidados 300303 Cliente/família incluídos nos planos de cuidados 300321 Cliente/família incluídos no plano de alta 300304 Recursos do cliente identificados no plano de alta 300305 Questões de segurança abordadas no plano de cuidados 300306 Tempo de preparo para transferência 300307 Informações fornecidas para gerenciar o autocuidado 300308 Oportunidade oferecida para expressar preocupações sobre a gestão do autocuidado 300309 Informações fornecidas para gerenciar o autocuidado 300310 Oportunidade de demonstrar atividades de cuidado 300311 A equipe oferece sugestões de soluções para preocupações e questionamentos 300312 Discussão de estratégias para atendimento às necessidades de cuidados 300313 Discussão de estratégias para atendimento das necessidades domésticas 300314 Prepara o pessoal para lidar com potenciais problemas de saúde 300315 Discussão de diretrizes para o retorno à atividade sexual 300316 Discussão de estratégias para volta ao trabalho 300317 Discussão de estratégias par aa volta às atividades domiciliares 300318 Discussão de estratégias para retornar às atividades comunitárias 300319 Assistência no manejo da relocação de custos e recursos financeiros 300320 Provedores de cuidados de saúde trabalham em equipe</p> <p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2)</p>

	<p>Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
3001 – Satisfação do cliente: cuidados	<p>300101 Cortesia evidenciada pela equipe 300102 Compaixão evidenciada pela equipe 300103 Bondade evidenciada pela equipe 300104 Respeito evidenciado pela equipe 300105 Consideração pelos sentimentos 300106 Consideração pelas opiniões 300107 Preocupação evidenciada com as necessidades individuais 300108 Relacionamento com a equipe de enfermagem 300109 Frequência com que é verificado pela equipe 300110 Rapidez na resposta a chamados 300111 Presteza para responder perguntas 300123 Seguir com o pedido do cliente 300112 Apoio emocional 300124 Assistência no atendimento a necessidades espirituais 300113 Uso apropriado do toque 300114 Orientação quanto ao quarto, equipamentos e rotinas 300115 Providências quanto a visitas 300116 Família e amigos são bem recebidos 300117 Assistência para escrever cartas 300118 Oferecimento de atividades de lazer 300119 Informações fornecidas sobre as opções de cuidados 300120 Consideração sobre os custos dos cuidados 300121 Suprimentos e equipamentos não desperdiçados</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)</p>
3012 – Satisfação do cliente: ensino	<p>301210 Conhecimento pessoal considerado antes do ensino 301219 Explicações fornecidas em termos compreensíveis 301222 Explicações de diagnóstico médico 301223 Explicações dos cuidados de enfermagem 301203 Explicações dos testes diagnósticos e preparação 301204 Explicações dos resultados dos testes de diagnóstico 301205 Explicação dos efeitos da medicação terapêutica 301206 Explicação dos efeitos colaterais dos medicamentos 301207 Explicação das razões para o tratamento 301208 Explicação das responsabilidades de autoatendimento para o tratamento 301209 Explicação das responsabilidades de autoatendimento para gestão de medicamentos 301212 Explicação das restrições das atividades 301213 Discussão de estratégias para melhorar a força física 301214 Discussão de estratégias para melhorar a resistência física 301215 Discussão sobre estratégias para melhorar a saúde 301211 Informações fornecidas sobre os sinais de complicações 301216 Explicação dos recursos de saúde disponíveis 301217 Explicação dos custos dos cuidados 301218 Tempo para a aprendizagem do cliente 301220 Qualidade do material instrucional 301221 Funcionários do apoio do processo de aprendizagem</p>
	<p><i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4)</p>

	Completamente satisfeito (5)
3010 - Satisfação do cliente: segurança	301001 Explicação das regras de segurança e procedimentos 301002 Resposta imediata à lesão pela equipe 301003 Paciente identificado antes de receber medicação 301014 Dispositivos de proteção usados para prevenir danos 301005 Assistência nas transferências 301006 Assistência na locomoção 301007 Assistência para ir ao banheiro 301008 Ajuda para tomar banho 301009 Sinais de aviso de ambiente de alto risco claramente visíveis 301015 Estratégias de prevenção 301011 Informações fornecidas sobre tratamento, riscos e complicações 301012 Manutenção do ambiente seguro quando a função cognitiva é prejudicada 301013 Manutenção do ambiente com protetores quando há risco de autolesão
	<i>Classificação da meta do resultado</i> Nada satisfeito (1) Pouco satisfeito (2) Moderadamente satisfeito (3) Muito satisfeito (4) Completamente satisfeito (5)
2506 – Saúde emocional do cuidador	250601 Satisfação com a vida 250602 Sensação de controle 250603 Autoestima 250610 Certeza sobre o futuro 250611 Conexão social percebida 250612 Bem-estar espiritual percebido 250614 Adequação percebida
	<i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)
	250604 Raiva 250605 Ressentimento 250606 Culpa 250607 Depressão 250608 Frustração 250609 Ambivalência quanto à situação 250613 Fardo percebido 250615 Uso de medicação psicotrópica
	<i>Classificação da meta do resultado</i> Grave (1) Substantial (2) Moderado (3) Leve (4) Nenhum (5)
0906 – Tomada de decisão	090601 Identifica informações relevantes 090602 Identifica alternativas 090603 Identifica consequências potenciais de cada alternativa 090604 Identifica recursos necessários para sustentar cada alternativa 090611 Identifica o período de tempo necessário para sustentar cada alternativa 090612 Identifica a sequência necessária para sustentar cada alternativa 090605 Reconhece contradições com desejos dos outros 090606 Reconhece o contexto social da situação 090607 Reconhece implicações legais relevantes 090608 Pondera alternativas 090609 Seleciona dentre as alternativas

	<i>Classificação da meta do resultado</i> Gravemente comprometido (1) Muito comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) Não comprometido (5)
--	--

ANEXOS

**ANEXO 1 – Carta de Aprovação Comitê de Ética Em Pesquisa na área da Saúde
(CEPAS- FURG)**



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 225/2018

CEPAS 98/2018

Processo: 23116.007295/2018-81

CAAE: 95584418.7.0000.5324

Título da Pesquisa: Capacidade funcional do idoso hospitalizado: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem

Pesquisador Responsável: Lucimara Sonaglio Rocha

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 206/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Capacidade funcional do idoso hospitalizado: elaboração e validação de conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 22 de outubro de 2018.

Prof. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO 2 – Autorização institucional para a realização da pesquisa (Momento 1)**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
PESQUISA ACADÊMICA HCPF**

Declaro que a pesquisa **CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO HOSPITALIZADO: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**, conduzida pelo (a) Pesquisador (a) **MARLENE TEDA PELZER**, recebeu pareceres técnicos favoráveis das áreas profissionais envolvidas e da Coordenação de Ensino e Pesquisa HCPF. E, pela direção da instituição está autorizada a realização da referida pesquisa nas dependências do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

Passo Fundo, 23 de julho de 2018.

Dionísio Adalcir Balvedi
Junta Administrativa
Hospital da Cidade de Passo Fundo

Dionísio Adalcir Balvedi
Membro da Junta Administrativa do HCPF