

FERNANDA LUCAS LOPES

**CONSTRUÇÃO E TESTAGEM CLÍNICA DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS PARA O IDOSO INTERNADO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Rio Grande

2006

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

**CONSTRUÇÃO E TESTAGEM CLÍNICA DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS PARA O IDOSO INTERNADO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

FERNANDA LUCAS LOPES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

ORIENTADORA: DR^a SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS

Rio Grande

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L864c Lopes, Fernanda Lucas.
Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um Hospital Universitário. / Fernanda Lucas Lopes. – 2006.
123 f.

Orientador: Silvana Sidney Costa Santos. - Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

1. Enfermagem. 2. Pesquisa Metodológica em Enfermagem
3. Processos de Enfermagem. 4. Estudos de Validação. 5.
Idoso.I.Título.

FERNANDA LUCAS LOPES
CONSTRUÇÃO E TESTAGEM CLÍNICA DE INSTRUMENTO DE
COLETA DE DADOS PARA O IDOSO INTERNADO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 20/12/2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem , Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Wilson Danilo Lunardi Filho (Coordenador do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dr(a) _____
Silvana Sidney Costa Santos
Presidente (FURG)

Dr(a) _____
Maria Bettina Camargo Bub
Membro (UFSC)

Dr(a) _____
Maria Miriam de Lima Nóbrega
Suplente (UFPB)

Dr(a) _____
Marlene Teda Pelzer
Membro (FURG)

Dr(o) _____
Wilson Danilo Lunardi Filho
Suplente (FURG)

“(...) se quiser saber como se sente um velho, embace os óculos, tape os ouvidos com algodão, calce sapatos pesados e folgados demais para os seus pés, ponha luvas, e tente – mesmo assim – levar seu dia de modo normal” (GAIARSA, 1993).

Ao meu avô paterno Ademar Lopes, saudades...

**Aos meus pais Norberto Lopes e Tânia Mara Lopes, pelo
exemplo e amor incondicional**

**Ao Ricardo Meirelles Leite , por ser o AMOR da minha vida
e por estar ao meu lado na conclusão de mais um sonho**

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de infinita bondade proporcionando-me saúde para mais uma conquista

À Prof^a Silvana Sidney Costa Santos, mais que uma orientadora, minha amiga, que com sua abnegação e sabedoria me seguiu até aqui

Aos colegas do Mestrado, pelo convívio compartilhado, sentirei saudades

À direção do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., principalmente às Enf^{as} Msc Gisamara Fontes, Esp. Zoé Victória e Esp. Carla André, por compreenderem que este é um dos caminhos para a construção de uma enfermagem melhor

Às queridas Denise Irala e Michelle Chapacais, colegas, amigas, pelo convívio, pela amizade, pelo incentivo nas horas de loucura e vontade de largar tudo

À Fabi Teixeira, minha irmã e minha amiga, pelo incentivo desde o vestibular e pela ajuda na correção do texto ... aqui tem um pouquinho de ti

À Prof^a Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelo carinho e disponibilidade com que contribuiu para a construção desta dissertação

Aos auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham comigo, por entenderem minhas ausências

Às enfermeiras que me ajudaram na construção do instrumento, pela disponibilidade e compreensão

Ao IDOSO, com quem aprendi muito e aprendo a cada dia, meu agradecimento especial

RESUMO

LOPES, F. L. **Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um Hospital Universitário**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande – RS .

Estudo do tipo metodológico que teve como objetivos: construir um instrumento para coleta de dados a ser utilizado no atendimento ao idoso internado no HU/FURG; realizar, com enfermeiras assistenciais e docentes, da gerontologia e áreas afins, a validação do conteúdo do instrumento construído; testar, junto aos idosos internados na Unidade de Clínica Média do HU/FURG, o instrumento desenvolvido para verificação de sua operacionalidade. Ancorado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e desenvolveu-se em três fases: 1) construção do instrumento; 2) validação do conteúdo do instrumento; 3) testagem clínica com idosos. Na primeira fase foi realizada a revisão de literatura, visando à definição das 36 Necessidades Humanas Básicas e à identificação dos sinais e sintomas dessas necessidades quando se encontram afetadas no idoso. A construção da versão inicial do instrumento foi guiada pela lista das necessidades mais afetadas no idoso, que levaram à identificação de 525 sinais e sintomas, que foram ordenados em uma escala do tipo Likert. A segunda fase da pesquisa foi realizada em duas etapas: primeira, a versão preliminar do instrumento foi encaminhada a 21 enfermeiras, para validação de conteúdo dos itens do instrumento de coleta de dados, destes, dezesseis foram devolvidos. A partir da identificação dos 223 itens que apresentaram a média ponderada \geq a 80%, foi realizada a segunda etapa, com a construção do instrumento no seu formato definitivo, que ficou constituído de sete partes: 1) Identificação; 2) Condições gerais; 3) Avaliação funcional; 4) Avaliação cognitiva; 5) Avaliação da situação sócio-familiar; 6) Avaliação das Necessidades Humanas Básicas; 7) Outras informações relevantes. Na segunda etapa, esse instrumento foi reencaminhado às dezesseis enfermeiras para a avaliação da forma e conteúdo da versão definitiva, das quais dez devolveram, afirmando que o mesmo apresentava-se objetivo e aplicável ao atendimento do idoso internado num Hospital Universitário. Na última fase foi realizada a aplicação do instrumento em dez idosos internados na UCM do HU/FURG, objetivando verificar a sua adequação na prática. Os resultados dessa fase evidenciaram que ele: é exequível; tem um tempo médio para preenchimento de 20 minutos; tem os itens de fácil compreensão; não permite respostas dúbias. A construção deste instrumento, além de ser um estudo pertinente em vista do aumento da população idosa brasileira e desse contingente ser o que mais procura os serviços de saúde, vem preencher uma lacuna existente neste Hospital Universitário, onde não existe um instrumento específico para registrar os dados coletados pela enfermeira durante o atendimento ao idoso. Espera-se que sua utilização possa subsidiar as enfermeiras para orientar o idoso, a família, o cuidador e a equipe de enfermagem, no tratamento das necessidades afetadas e na minimização das dificuldades que já estiverem instaladas, além de contribuir na implantação da SAE de forma oficial e registrada.

Descritores: Idoso, Estudos de Validação, Processos de Enfermagem, Pesquisa Metodológica em Enfermagem

ABSTRACT

LOPES, F. L. **Construction and clinical test of instrument of collection of data for the aged one interned in a University Hospital.** 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande – RS.

Study of the methodological type that had as objective: to construct an instrument for collection of data to be used in the interned attendance to the aged one in the HU/FURG; to carry through, with assistants and teaching nurses, of the similar Gerontology and areas, the validation of the content of the constructed instrument; to test, next to the aged ones interned in the Unit of Medical Clinic of the HU/FURG, the instrument developed for verification of its operation. Anchored in the Theory of the Necessities Basic Human beings of Horta and it was developed in three phases: 1) construction of the instrument; 2) validation of the content of the instrument; 3) clinical test with aged. In the first phase the literature revision was carried through, aiming at to the definition of the 36 Necessities Basic Human beings and to the identification of the signals and symptoms of these necessities when they meet affected in the aged one. The construction of the initial version of the instrument was guided by the list of the affected necessities more in the aged one, that had taken to the identification of 525 signals and symptoms, that had been commanded in a scale of the Likert type. The second phase of the research was carried through in two stages: first, the preliminary version of the instrument was directed the 21 nurses, for validation of content of the item of the instrument of collection of data, of these, sixteen had been returned. From the identification of the 223 item that had presented the weighed mean $\geq 80\%$, the second stage was carried through, with the construction of the instrument in its definitive format, that it was constituted of seven parts: 1) Identification; 2) General conditions; 3) Functional evaluation; 4) Cognitive evaluation; 5) Evaluation of the partner-familiar situation; 6) Evaluation of the Necessities Basic Human beings; 7) Other relevant information. In the second stage, this instrument was redirected to the sixteen nurses for the evaluation of the form and content of the definitive version, of which ten had returned, affirming that the same it was presented objective and applicable to the interned attendance of the aged one in a University Hospital. In the last phase was carried through the application of the instrument in ten aged ones interned in the UCM of the HU/FURG, objectifying to verify its adequacy in the practical one. The results of this phase had evidenced that: it is feasible; it has an average time for fulfilling of 20 minutes; it has the item of easy understanding; it does not allow doubtful answers. The construction of this instrument, beyond being a pertinent study in sight of the increase of the Brazilian aged population and this contingent to be what more search the health services, it comes to fill an existing gap in this University Hospital, where a specific instrument does not exist to register the data collected for the nurse during the attendance to the aged one. Its use expects that can subsidize the nurses to guide the aged one, the family, the caregiver and the team of nursing, in the treatment of the affected necessities and in the reduction of the difficulties that already will be installed, beyond contributing in the implantation of SAE of official and registered form.

Descriptors: Aged, Validation Studies, Nursing Process, Nursing Methodology Research

RESUMEN

LOPES, F. L. **La construcción y la prueba clínica del instrumento de la recogida de datos para anciano internado en un Hospital Universitario**. 2006. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande – RS.

Estudio del tipo metodológico que tenía como objetivo: para construir un instrumento para la recogida de datos que se utilizarán en la atención del anciano internado en el HU/FURG; para realizar, con enfermeras asistenciales y de enseñanza, del gerontología y de las áreas similares, la validación del contenido del instrumento construido; para probar, al lado del ancianos internados en la unidad de la clínica médica del HU/FURG, el instrumento para la verificación de su operación. Anclado en la teoría de las necesidades básicas de los seres humanos de Horta y desarrollada en tres fases: 1) construcción del instrumento; 2) validación del contenido del instrumento; 3) prueba clínica con ancianos. En la primera fase fue realizada la revisión de la literatura, visando la definición de las 36 necesidades básicas de los seres humanos y la identificación de las señales y de los síntomas de estas necesidades cuando están afectadas en el anciano. La construcción de la versión inicial del instrumento fue dirigida por la lista de las necesidades más afectadas en el anciano, que habían llevado la identificación de 525 señales y síntomas, que habían sido ordenados en una escala del tipo de Likert. La segunda fase de la investigación fue realizada en dos etapas: primero, la versión preliminar del instrumento fue dirigida a las 21 enfermeras, para la validación del contenido de los ítems del instrumento de la recogida de datos, de éstos, dieciséis habían sido vueltos. De la identificación de los 223 ítems que había presentado el medio pesado $\geq 80\%$, fue realizada la segunda etapa, con la construcción del instrumento en su formato definitivo, que lo constituyeron de siete porciones: 1) Identificación; 2) Condiciones generales; 3) Evaluación funcional; 4) Evaluación de cognitiva; 5) Evaluación de la situación socio-familiar; 6) Evaluación de las necesidades básicas de los seres humanos; 7) Otras informaciones relevantes. En la segunda etapa, este instrumento fue reencaminado a las dieciséis enfermeras para la evaluación de la forma y del contenido de la versión definitiva, de cuál habían vuelto diez, con la afirmación que él fue presentado objetivo y aplicable a la atención del anciano internado en un hospital universitario. En la fase última fue realizada la aplicación del instrumento en diez ancianos internados en el UCM del HU/FURG, con el objetivo de verificar su suficiencia en la práctica. Los resultados de esta fase habían evidenciado que él: es factible; tiene un tiempo medio para llenar de 20 minutos; tiene los ítems de la comprensión fácil; no permite respuestas dudosas. La construcción de este instrumento, además de ser un estudio pertinente en la vista del aumento de la población anciana brasileña y de este contingente ser lo que más búsqueda los servicios de salud, viene llenar un boquete existente en este hospital universitario, donde un instrumento específico no existe para colocar los datos recogidos para la enfermera durante la atención del anciano. Su uso espera que pueda subvencionar a las enfermeras para dirigir el anciano, la familia, el cuidador y el equipo del oficio de enfermera, en el tratamiento de las necesidades afectadas y en la reducción de las dificultades que están instaladas ya, además de contribuir en la implantación del SAE de la forma oficial y registrada.

Descriptores: Anciano, Estudios de Validación, Procesos de Enfermería, Investigación Metodológica en Enfermería

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta.....	17
Quadro 2 – Descrição das características sócio-demográficas da (o)s enfermeira(o)s que participaram da validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso internado em uma Unidade de Clínica Geral. Rio Grande, 2006.....	54
Quadro 3 – Distribuição das Necessidades Humanas Básicas e suas manifestações, segundo a média ponderada a partir do julgamento das enfermeiras sobre a importância dessas manifestações para a construção de instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso internado em uma Unidade de Clínica Médica. Rio Grande – RS, 2006.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Esquemático do Estudo	51
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta	12
2.2 As Necessidades Humanas Básicas do idoso internado em uma unidade hospitalar.....	17
2.2.1 Necessidades Psicobiológicas.....	17
2.2.2 Necessidades Psicossociais	41
2.2.3 Necessidades Psicoespirituais	50
3. CAMINHOS DA METODOLOGIA E RESULTADOS	50
3.1 Tipo de estudo	50
3.2 Fases da Pesquisa.....	51
3.2.1 Primeira Fase da Pesquisa: Construção do Instrumento Inicial (Escala Likert).....	51
3.2.2 Segunda Fase da Pesquisa: Validação de Conteúdo.....	52
3.2.2.1 Descrição do Instrumento de Coleta de Dados para o atendimento ao idoso	60
3.2.3 Terceira Fase da Pesquisa: Testagem Clínica do Histórico de Enfermagem	66
3.3 Questões éticas envolvidas no estudo.....	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
5. REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem tornando-se um fenômeno global e, conseqüentemente, fonte de preocupação de profissionais e estudiosos de várias áreas de conhecimento, de órgãos governamentais e não-governamentais e da sociedade como um todo.

No Brasil, nas últimas décadas, a população idosa cresceu mais, se comparada à população total, o que faz aumentar a demanda de idosos aos serviços de saúde, além de provocar modificações demográficas e epidemiológicas. Em conseqüência, os profissionais de saúde precisam direcionar seu cuidado para os maiores de 60 anos (SANTOS, 2001).

Estima-se que a população de idosos no Brasil, hoje, esteja além de 17 milhões de habitantes, ocupando um lugar de destaque entre as 10 maiores populações de idosos do mundo. Somos, atualmente, mais de 184 milhões de brasileiros e cerca de 9,5% dessa população, tem 60 anos ou mais (IBGE, 2005).

Envelhecer pode ser considerado um processo normal, natural, dinâmico e multidimensional. Gonçalves et al. (2001), afirmam que o envelhecimento é vitalício e concebido como um processo, o início se dá no primeiro sopro de vida de cada ser humano, pois a cada dia, hora, minuto ou segundo nos tornamos diferentes, diferenciados, ou seja, envelhecidos. O processo de envelhecimento está presente em cada suspiro de vida do indivíduo e, embora aos poucos e de forma lenta no início, vai se direcionando à velhice e tornando-a conhecida.

No Brasil, de acordo com a Lei 8.842/94, é considerada pessoa idosa aquela que se encontra na faixa etária de 60 anos ou mais (BRASIL, 1994). Essa regra também vale para os demais países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a idade que caracteriza a transição da idade adulta para a idosa é de 65 anos (PORTO, 2004).

O envelhecimento já se constitui uma realidade preocupante pelo grande número de pessoas com 60 anos e mais. Com essa estimativa, acrescenta-se mais um desafio para o Brasil, o do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir a qualidade de vida dessas pessoas (ALVES, 2002).

Frente a esses fatos, pode-se observar que o país está deixando de ser um país de jovens e passa a amadurecer. Tal fato é ocasionado pelo fenômeno chamado de transição demográfica, o que é justificado por três fatores: a redução da

mortalidade geral, em especial a infantil; a diminuição das taxas de fecundidade; e, o aumento da expectativa de vida (SANTOS, 1997).

Estudos apontam que a expectativa de vida se eleva cada vez mais, e as projeções demográficas para o ano de 2025, indicam uma população de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total brasileira (IBGE, 2005).

Projeções realizadas para o período de 75 anos, compreendido entre 1950 a 2025, indicam uma taxa de crescimento da população idosa da ordem de 1514,3%, demonstrando que, enquanto a população em geral aumentará cinco vezes, o grupo etário, a partir de 60 anos, estará se tornando quinze vezes maior (VERAS, 1995).

No estado do Rio Grande do Sul, o aumento da população idosa é muito marcante, pois se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais nesse Estado. Fato que contribui para o aumento da expectativa de vida, atualmente em torno de 74 anos (RIO GRANDE DO SUL, 1997). No município de Rio Grande, no ano de 2000, os idosos já representavam uma grande parcela da população, totalizando 20.794 pessoas, pouco mais de 10% da população municipal total (IBGE, 2005).

A população jovem, com alta mortalidade, está dando lugar a uma população envelhecida, com baixa mortalidade, provocando alteração no perfil da morbidade e causas de morte dessa população (SANTOS, 1997). As doenças parasitárias e infecciosas estão sendo substituídas pelas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e por aquelas advindas de causas externas como: acidentes automobilísticos, agressões e outras. No entanto, as necessidades de saúde das pessoas idosas demandam um custo mais alto, pois facilmente elas são acometidas por doenças crônicas e necessitam de maior número de consultas médicas, além de custos maiores com exames e tratamento.

Assim, os agravos à saúde das pessoas idosas são também problemas de saúde pública, devendo-se investigar sua magnitude, para que se possa atuar na prevenção e no controle das epidemias, nos fatores de risco a que esse grupo etário é susceptível e na detecção precoce das afecções crônicas, a fim de evitar que o idoso procure continuamente o uso do serviço de saúde (PORTO, 2004).

Concordo com Py (1996) apud Gonçalves et al. (2001, p. 11), quando afirma que, sendo o envelhecimento (...) “crucial para os seres humanos personifica-se nos domínios da arte de viver, no modo peculiar de cada um participar da construção da

existência”. Gonçalves et al. (2001) continuam afirmando que tal adaptação pode ser afetada pelas crenças sociais e pelos estereótipos sobre a velhice presentes na sociedade ocidental, que supervaloriza as perdas, as incapacidades e a dependência, no lugar das possibilidades e dos ganhos adquiridos com a velhice.

Para a velhice tornar-se bem sucedida, é necessário, entre outros fatores, que cada sujeito seja capaz de se adaptar às perdas biológicas, sociais e psicológicas acarretadas pelo envelhecimento. Nesse momento, entra o nosso papel de cumprir nossa responsabilidade coletiva. É necessário valorizar a pessoa idosa, reconhecê-la como sujeito de sua própria existência, capaz de modificar criativamente a sua condição de vida e saúde, fortalecendo vínculos afetivos, que acolham e modifiquem seu próprio caminhar.

Um envelhecimento bem sucedido dependerá de alguns fatores, entre eles: do próprio indivíduo e, depois, da sociedade cujo dever é propiciar espaços, onde resida o cuidado pelo outro, sem superproteção ou subestimação, promovendo laços sócio-afetivos capazes de integrá-los ou mantê-los nos grupos sociais (GONÇALVES et al., 2001). Aqui, destaco o papel da enfermagem como profissão comprometida com o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer, incluindo a velhice, fase ainda tão cheia de preconceitos e tabus.

A Enfermagem é uma área do conhecimento, cuja tarefa do profissional é dedicar-se ao cuidado de pessoas nos mais variados cenários dessa prática tais como: hospitais, ambulatórios, escolas, creches, unidades de saúde pública, domicílios, indústrias, comunidades, Instituição de Longa Permanência (ILP), entre outros. O cuidado não se restringe às pessoas doentes. O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da Enfermagem. É fundamento, finalidade, objetivo e prática e, mesmo entendendo que cada um possa cuidar de outra pessoa é a Enfermeira¹, o profissional que tem no cuidado, a especificidade de sua ação profissional (CALDAS, 2001).

O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está doente. É, também, o compromisso que o profissional tem com o cuidado, que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a autovalorização, a cidadania de quem cuida. Quando

¹ O termo enfermeira, durante este trabalho, refere-se tanto ao profissional enfermeiro do sexo masculino quanto feminino. A opção pelo termo enfermeira deve-se pelo número maior de profissionais do sexo feminino, na Enfermagem.

exerce sua atividade de cuidar, a Enfermeira tem a possibilidade de transformar e transformar-se com essa prática (CALDAS, 2001).

O cuidado é o que diferencia a Enfermagem das demais profissões da área da saúde (TRENTINI; PAIM, 2001). A Enfermagem é uma profissão complexa, de ajuda e multifacetada composta por vários elementos, sendo o cuidado seu construto principal (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O cuidado é uma prática ética e a essência da enfermagem, pois,

a prática da enfermagem é essencialmente moral em sua natureza; o respeito e o cuidado pelas pessoas constituem a ética essencial da enfermagem, o respeito, como uma ética de enfermagem, é evidenciado pelo cuidado a clientes, familiares, *self*, colegas e à profissão; o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém não são elementos suficientes da enfermagem (inclui-se o conhecimento como imprescindível); o respeito pelas pessoas precede o cuidado na relação enfermeira e cliente; a enfermagem não é possível quando inexistente o cuidado (KELLY apud WALDOW, 1998, p. 167-168).

Waldow (1998) aponta como sendo a finalidade do cuidar em enfermagem: o alívio do sofrimento humano, a manutenção da dignidade e facilitação de meios para manejar as crises com as experiências do viver e do morrer. Esta autora descreve, ainda, as qualidades essenciais para o cuidar e o cuidado: o cuidado requer conhecimento do outro ser; o cuidador deve modificar seu comportamento frente às necessidades do outro (qualidade também chamada de alterar ritmos); a honestidade, a humildade, a esperança e a coragem devem permear o cuidado, mas nunca criar dependência no ser cuidado pois o cuidador tem como meta possibilitar ao outro o conhecimento, para que ele possa utilizar suas próprias capacidades.

Concebo o cuidado como uma ação dinâmica, pensada e refletida que predispõe algumas características como zelo, responsabilidade e dedicação, o que não significa o descuido de si próprio como ser humano. Durante o cuidado, executa-se uma ação pensada, imaginada, prevista e calculada, aplicando atenção, pensamento, imaginação e reflexão. Assim, o processo de cuidar tem como ponto de partida o conhecimento científico do ser humano cuidador, considerando toda a complexidade de sua vivência, sua experiência e sua intuição com o objetivo de promoção/manutenção/recuperação da saúde do ser cuidado.

Na enfermagem, o cuidado significa um trabalho profissional específico. Cuidar é um verbo cuja ação ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume a posição de ser

cuidador, e outra pessoa que assume a posição de ser cuidado. Ao longo dos anos, o conhecimento na Enfermagem vem sendo construído e direcionado no sentido de fazer a mesma crescer como ciência, capaz de valorizar a qualidade de vida do ser humano (GARCIA, 1998).

Concordo com Horta (1979, p. 27), quando afirma que: “a enfermagem é uma ciência aplicada, saindo hoje da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente”.

Hoje, ano de 2006, muitas transformações e mudanças ocorreram no campo da Enfermagem, porém muito ainda há para ser feito. Merece destaque o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso, assim como a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é um meio de valorização e destaque da Enfermagem como disciplina científica e independente, que melhor direcione a trajetória profissional.

Lembrando a minha trajetória de cuidadora, de enfermeira, foi no ano de 2003 que iniciei minhas atividades profissionais, como enfermeira assistencial de uma unidade clínico-cirúrgica em um hospital privado. Realizava atividades inerentes à enfermeira direcionada aos doentes com diversas patologias e de várias faixas etárias, em especial aos idosos, em decorrência de suas patologias crônicas. Sempre foi foco de minha preocupação, o tipo de cuidado prestado às necessidades dos doentes, pelas mais variadas profissões da saúde, procurando direcionar a minha atenção à equipe de enfermagem na qual me incluo e, em especial, minha maneira de cuidar e a de minhas colegas enfermeiras.

Compete à Enfermeira a realização de atividades cuidativas, educativas, gerenciais e de pesquisa, porém o que se verifica, todo dia, é o envolvimento com atribuições e realizações administrativas, levando essa profissional ao distanciamento do doente deixando o contato mais direto como tarefa para os auxiliares e técnicos de enfermagem (LOPES, 2005). E, muitas vezes, questioneime: esse afastamento é uma necessidade ou uma opção de cada profissional?

Em 2004, ingressei no Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem, no qual tive a oportunidade de desenvolver uma prática assistencial com o objetivo de melhorar o cotidiano de trabalho. Nesse mesmo ano, passei a exercer minhas atividades como enfermeira assistencial em uma unidade de clínica médica de um hospital público universitário, que serve como campo de aulas

práticas e estágios para cursos técnicos e de graduação em enfermagem, medicina, nutrição, serviço social, entre outros, dessa e de outras universidades. Aí, percebi a responsabilidade de tentar tornar-me modelo para os acadêmicos de enfermagem.

Até então, havia trabalhado em um hospital privado, com pouca presença de alunos de graduação e onde a enfermeira, por falta de recursos materiais e humanos, envolvia-se muito mais com questões administrativas, deixando em segundo plano o cuidado direto ao doente e, também, deixando de priorizar o uso de uma importante ferramenta para facilitar o *fazer da enfermagem*: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O planejamento da assistência de enfermagem é um dos meios que a enfermeira dispõe para aplicar os seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos no cuidado ao doente, além de caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição de seu papel (KUBO et al., 2003).

Foi a partir desta preocupação que, no final do ano de 2004, concluí meu Curso de Especialização, após o desenvolvimento de uma prática assistencial intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/FURG”. Nesse momento tive a oportunidade de desenvolver, junto a alunos de graduação em enfermagem, uma prática assistencial sobre a importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, em todos os âmbitos do cuidado de enfermagem, destacando que nosso fazer não está vinculado apenas ao saber médico.

Ao desenvolver essa prática assistencial, ficou claro que o grande número de doentes, que estão sob nosso cuidado, é maior de 60 anos e, portanto, são idosos, que demandam um atendimento profissional diferenciado.

Em 2005, ingressei no Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/FURG, no qual meu objetivo inicial era realizar um estudo sobre as questões relacionadas à Aids e o envelhecimento. Porém fiquei sensibilizada com a importância e a necessidade de implantação urgente da SAE na unidade em que trabalho, onde somos oito enfermeiras divididas nos três turnos de trabalho e realizamos atividades assistenciais e administrativas aos doentes com as mais diversas patologias.

Essa unidade é campo de aulas práticas e estágio para os alunos de enfermagem da FURG e também para alunos de cursos técnicos da FURG e de

outras instituições formadoras; somos também supervisores de estágios curriculares, o que, de certa maneira, coloca-nos como exemplos a ser ou não seguidos. Nessa unidade, ainda não aplicamos a SAE, mesmo cientes de sua importância e de sua obrigatoriedade conforme Resolução COFEN-272/2002 (BRASIL, 2002), o que talvez torne nosso cuidado fragmentado e menos eficaz.

A Enfermagem ainda é uma profissão com déficit em um cuidado especializado ou pelo menos mais direcionado aos idosos. O Processo de Enfermagem, que nesse trabalho recebeu a denominação de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tem se mostrado a principal ferramenta metodológica para o desempenho sistemático de uma prática assistencial especializada e de qualidade (ARAÚJO; BACHION, 2005).

O cuidado de enfermagem direcionado ao idoso requer, da enfermeira, conhecimento científico e uma visão global das necessidades específicas de cada indivíduo (TEIXEIRA; FERNANDES, 2003). A SAE possibilita à enfermeira o desenvolvimento e o aprimoramento do cuidado ao idoso, pois gera intervenções de enfermagem que tornam possível um cuidado de qualidade.

A SAE consiste de fases interdependentes e inter-relacionadas que são: coleta e análise dos dados, identificação de possíveis diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, ações ou intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados ou evolução de enfermagem (ARAÚJO; BACHION, 2005).

A SAE é uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem. É uma maneira de promover cuidado humanizado, além de incentivar as enfermeiras a continuamente examinarem o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor. Possui algumas características, entre elas, a condição de ser: *sistemática*, ou seja, com cinco etapas durante as quais a enfermeira toma iniciativas para maximizar a eficiência e obter bons resultados em longo prazo; *dinâmica*, com a aquisição de experiência a enfermeira vai de uma etapa a outra e volta à anterior, combinando atividades, obtendo o mesmo resultado final; *humanizada*, ao planejar e oferecer cuidados, a enfermeira precisa levar em conta os interesses, valores e desejos do doente; *dirigida a resultados*, todas as etapas do processo são planejadas com o objetivo de obter ou não os melhores resultados (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Alfaro-Lefevre (2005) destaca que o Processo de Enfermagem apresenta cinco etapas, a saber:

1. Investigação: a enfermeira coleta e analisa as informações sobre a situação de saúde procurando evidências ou fatores de risco que possam estar contribuindo para o surgimento de problemas de saúde;

2. Diagnóstico: a enfermeira analisa os dados coletados e identifica problemas reais ou potenciais que farão parte do plano de cuidados;

3. Planejamento: realização de quatro etapas, ou seja, a determinação de prioridades imediatas, o estabelecimento de resultados esperados, a determinação das intervenções e o registro ou individualização do plano de cuidados;

4. Implementação: a enfermeira coloca o plano em ação. Ela investiga a situação atual da pessoa antes de agir, realiza as intervenções e reinvestiga para determinar as respostas iniciais e comunica e realiza os registros;

5. Avaliação: realiza a avaliação de todas as etapas do processo.

Na literatura são vários os autores que definem o que é a SAE, suas etapas e seus benefícios no cotidiano de trabalho da enfermagem. A SAE é um instrumento de trabalho para a enfermagem; ela expressa a organização da assistência de enfermagem que reflete a visão de um doente concebido de forma integral e a responsabilidade de sua execução é atividade privativa do profissional enfermeiro (MARIA, 1997).

Com a SAE, a relação entre enfermeira e doente torna-se mais estreita. Existe um maior envolvimento da profissional, pela necessidade de sua presença mais efetiva ao lado dele. Para a realização do Histórico de Enfermagem, é preciso conversas e visitas freqüentes, em busca da constatação de diagnósticos, para que ações sejam planejadas e as intervenções realizadas e avaliadas, a cada momento em que se façam necessárias.

Porém, para que a SAE seja implementada, Maria (1997) destaca a necessidade de algumas condições prévias:

* A política da organização - a implementação da SAE requer que as enfermeiras sejam autônomas e responsáveis por sua prática, o que, muitas vezes, pode não ser aceito pela instituição de trabalho. No entanto, mesmo sob condições desfavoráveis, a introdução dessa prática pode ser o degrau para alcançar futuras conquistas;

* A liderança de enfermagem - a enfermeira precisa estar consciente de que o poder de sua posição é grande apoio para o uso do processo de enfermagem;

* A tomada de decisão - enfermeiras que têm liberdade em tomar decisões podem ter uma melhor compreensão da necessidade da SAE e tendem a desenvolver e testar modelos que sejam mais adequados com sua realidade;

* A socialização - processo pelo qual a enfermeira adquire conhecimentos, valores, atitudes e habilidade, associados ao seu papel dentro da instituição de trabalho. Para tal, é necessária uma área de educação continuada que realize o treinamento e aperfeiçoamento das enfermeiras, bem como a conscientização de suas responsabilidades e de seu papel no Processo de Enfermagem;

* A comunicação - a enfermagem necessita utilizar uma linguagem padronizada e métodos de comunicação, que podem ser manuais ou informatizados;

* O processo de mudança - é básico para manter esse modelo de assistência e refere-se à capacidade da enfermagem e da organização para mudar estratégias. A utilização da SAE, na prática, requer modificações no estilo de assistir e na forma de conceber a enfermagem, passando do estilo funcional para o estilo centrado no doente, talvez um dos grandes desafios propostos.

Com a aplicação da SAE, em especial ao idoso, foco deste estudo, é que teremos a oportunidade de mostrar nossa importância, nosso valor profissional frente à clientela e aos outros profissionais da área, destacando que nossas ações não estão vinculadas apenas ao saber médico, mas que há autonomia e cientificidade no fazer da Enfermeira.

Frente a esses fatos, este estudo tem como **questão norteadora**: quais as características de um instrumento de coleta de dados que melhor atenda as Necessidades Humanas Básicas dos idosos internados no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU) da FURG, que possibilite a posterior implantação da SAE?

Considerando o número cada vez mais crescente de idosos atendidos no HU/FURG, bem como a necessidade de entendimento de que essa população apresenta especificidades e multidimensionalidade que precisam ser postas em relevância no direcionamento do cuidado para com eles, tenho como **pressupostos** deste estudo as seguintes assertivas:

- há a necessidade de perceber o cuidado ao idoso de forma sistematizada e, para tanto, torna-se urgente a criação de um instrumento de coleta de dados,

ou seja, de um formulário para Histórico de Enfermagem que melhor abarque suas necessidades e melhor direcione a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, para assim, podermos, mais adiante, estabelecer a SAE para esses idosos internados no HU/FURG;

- a participação das enfermeiras docentes e assistenciais é um ponto fundamental na construção e validação desse instrumento de coleta de dados;
- a utilização do Histórico de Enfermagem torna-se um caminho para a implantação da SAE que pode levar ao despertar da enfermeira sobre a importância do seu fazer profissional, destacando a Enfermagem como disciplina científica.

Para tanto, apresento como **objetivo geral** deste estudo: elaborar um instrumento para coleta de dados, Histórico de Enfermagem, a ser utilizado no atendimento ao idoso internado no HU/FURG.

E como **objetivos específicos**: realizar, com enfermeiras assistenciais e docentes, da gerontologia e áreas afins, a validação inicial e final do conteúdo do instrumento construído; testar, junto aos idosos internados na Unidade de Clínica Médica (UCM) do HU/FURG, o Histórico de Enfermagem originado do instrumento de coleta de dados desenvolvido para verificação de sua operacionalidade na prática.

Como principal relevância deste estudo tanto para a profissão Enfermagem como para os idosos, destaco a busca em suscitar algumas reflexões sobre a aplicação da SAE voltada aos idosos, na tentativa de uma prática positiva pelas enfermeiras. Destaco, ainda, poder contribuir para uma melhor qualidade do cuidado às próprias pessoas idosas, segmento que mais cresce proporcionalmente no país e que mais vem ocupando os serviços de saúde e, portanto, o que mais necessita de cuidados de Enfermagem específicos que atendam às suas necessidades multidimensionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com este trabalho, pretendo percorrer uma trajetória que leve à implantação de um instrumento, mais especificamente de um Histórico de Enfermagem voltado à coleta de dados e direcionado aos idosos internados no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU) da FURG. Para tanto, foi utilizada a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A seguir, destaco as necessidades básicas mais afetadas no idoso internado em uma instituição hospitalar.

A construção de uma base de conceitos servirá como um guia para as ações que serão tomadas durante a realização desta pesquisa. Quando se opta por utilizar uma teoria, vamos além da realidade vivenciada. Ou seja, por meio de uma reflexão crítica construímos os nossos próprios conceitos na tentativa de transformar a realidade na qual estamos inseridos.

Concordo com Pires (1990) apud Garcia e Nóbrega (2001) ao afirmar que com as teorias de enfermagem temos a possibilidade de refletir criativamente e ter o domínio do nosso processo de trabalho, além de uma possível ruptura com a tradicional execução de tarefas centradas no modelo biomédico. Entretanto,

reconhecemos que fazer a seleção da teoria de enfermagem que vai guiar a prática profissional nem sempre é uma tarefa fácil, pois cada uma das teorias disponíveis está organizada a partir de diferentes visões de mundo e descrevem e inter-relacionam de modo particular os quatro conceitos centrais da disciplina – ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem (KENNEY, 1990 apud GARCIA; NÓBREGA, 2001, p. 11).

2.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

No Brasil, a primeira enfermeira a falar sobre uma teoria no campo profissional da enfermagem foi Wanda de Aguiar Horta. Sua obra reflete, inicialmente, o empenho na divulgação do conhecimento acerca de teorias elaboradas por enfermeiras norte-americanas e do processo de enfermagem, entendendo esse como um instrumento metodológico cujos referenciais seriam aplicados na prática profissional. Posteriormente, ela própria faz o esforço de síntese teórica e divulga, em 1974, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (SOUZA, 1998 apud GARCIA; NÓBREGA, 2001).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas surgiu no momento em que Horta (1979) começou a questionar-se, na condição da enfermeira, como uma simples executora de tarefas e da necessidade de tornar a Enfermagem uma profissão mais científica, preocupada com o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, tendo como *priori* o atendimento das necessidades humanas básicas. Horta foi a primeira enfermeira brasileira a iniciar a construção de uma teoria de Enfermagem. É a partir dela que a Enfermagem, no Brasil, começa a organizar sua assistência com a utilização da SAE (PORTO, 2004).

Horta, ao formular sua Teoria, baseou-se em alguns fenômenos universais, como: a Lei do equilíbrio (homeostase e hemodinâmica); Lei da adaptação e Lei do Holismo. Além disso, recebeu algumas influências de outras enfermeiras (King, MacDowell e Levine). Ela também procurou apoio na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que destaca que as necessidades humanas básicas são hierarquizadas, como em uma pirâmide, em cinco níveis – a saber: fisiológicas; de segurança; de amor e gregária; de auto-estima; de auto realização, sendo que as primeiras são essenciais para a sobrevivência humana e só após o atendimento de uma, surge a necessidade de outra (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Em seu processo evolutivo, as teorias de enfermagem têm contribuído para a formação de uma base, relativamente sólida de conhecimentos, que organiza a prática da Enfermagem em torno de quatro conceitos centrais, amplamente reconhecidos como os mais recorrentes na literatura teórica da área – enfermagem, ser humano, meio ambiente e saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2001).

Na Teoria de Horta (1979), como em outras teorias, identificam-se alguns conceitos que são o alvo do cuidado de enfermagem, quais sejam: enfermagem, ser humano, ambiente e saúde, como já colocado. E para a autora

A Enfermagem é definida como:

a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979 p. 29).

A Enfermagem é o resultado da interação entre dois ou mais seres humanos - enfermeira e doente (s) internado (s) na unidade. Sua essência é manifestada no momento em que ocorre a necessidade de satisfazer as necessidades humanas

básicas desse doente em qualquer período de sua vida ou do seu processo contínuo de saúde/doença. Seu alvo é o cuidado ao ser humano com o objetivo de satisfação de suas necessidades básicas, e mais tarde, o seu autocuidado.

Partindo do conceito de Enfermagem, Horta definiu assistir em enfermagem como sendo fazer pelo ser humano o que ele está temporariamente impossibilitado de realizar sozinho, ajudar, auxiliar no autocuidado, orientar, ensinar e, quando necessário, encaminhá-lo a outros profissionais.

O ser humano, para a teórica, pode ser entendido como o indivíduo, a família e a comunidade. Esse ser integra o universo, interage com ele e, como consequência, está sujeito a influências do mesmo, o que acaba por levar o sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Distingue-se dos demais seres por possuir características próprias, permitindo sua unicidade, sua autenticidade e sua individualidade. Também é agente de mudança no universo, o que resulta em equilíbrio e desequilíbrio em seu dinamismo. Esses desequilíbrios geram as necessidades do ser humano para satisfazê-las e, quando essas não são atendidas, ou atendidas inadequadamente, geram o desconforto e, caso continuem por certo período de tempo, acarretarão a doença.

Neste trabalho, o ser humano foi o idoso portador das mais variadas doenças, internado numa unidade hospitalar, em busca de um cuidado, considerando como idade mínima 60 anos; esse cuidado será prestado por outro ser humano – a enfermeira que, com sua carga de vivências, história, pré-conceitos, abertura a uma vida comprometida com o cuidado e com seus conhecimentos e habilidades, assiste outros seres humanos.

Para saúde, Horta (1979) atribui como definição, um estado de equilíbrio dinâmico com o tempo e o espaço. Assim, pode-se considerar que saúde não é apenas a ausência da doença, mas sim um conceito bem mais amplo, estando diretamente relacionado com a forma de interação do ser humano com o ambiente e com os vários contextos (social, econômico, político, interpessoal e outros) nos quais está inserido.

A saúde, tal qual o envelhecimento, é um fenômeno multidimensional, com características individuais e coletivas, envolvendo aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Brêtas (2001) destaca que para construir um conceito de saúde necessita-se entender que o processo de saúde/doença ocorre de forma desigual entre os seres humanos, assim como o processo de envelhecimento, e

ambos recebem influência direta do espaço que ocupam na sociedade. Ao tentar definir o que é saúde durante o processo de envelhecimento, deve-se sempre tentar relacioná-la com o conceito de funcionalidade (MOTTA, 2004).

A saúde da pessoa idosa pode ser entendida com a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica. Envelhecer não pode ser considerado apenas com a perspectiva de adoecer. Quando se trata de envelhecer, pode-se e deve-se buscar uma velhice com saúde, mantendo, ao máximo, a capacidade funcional, ou seja, aquilo que se é capaz de fazer (GIACOMIN, 2004).

Quanto ao conceito de ambiente, a teórica o define como “todas as condições do ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades...” (HORTA, 1979, p. 60), esse ambiente pode ser favorável, semifavorável, difícil e desfavorável. A qualidade de vida, e conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento relaciona-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido (BRÊTAS, 2001).

O ambiente hospitalar, muitas vezes, coloca o idoso em mais situações de risco e vulnerabilidade do que o ambiente no qual ele está inserido habitualmente. Neste trabalho o ambiente foi o local onde ocorre a interação enfermeira-doente, que é a unidade de internação do HU/FURG, na qual o idoso está internado para receber um cuidado de qualidade, comprometido com a satisfação das suas necessidades básicas, afetadas em decorrência da doença.

Horta (1979) também definiu a enfermeira como a executora da Enfermagem e que suas funções podem ser divididas em três diferentes áreas de ação: 1) área específica: assistência às necessidades humanas básicas tornando o doente, quando possível, independente dessa assistência através do ensino do auto cuidado; 2) área de interdependência ou colaboração: parte integrante de uma equipe de saúde em busca de manutenção, promoção e recuperação de saúde; 3) área social: profissão que presta serviço à sociedade, pesquisando, ensinando, administrando e não esquecendo de sua responsabilidade legal.

Horta (1979) definiu o Processo de Enfermagem como ações sistematizadas e inter-relacionadas com o objetivo de assistir o ser humano em suas necessidades humanas básicas, dividindo-se em seis fases ou passos: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. Porto

(2004) destaca que Horta compreendia que o Processo de Enfermagem era algo desafiador, complexo, porém acreditava na possibilidade de sua execução.

Horta (1979) definiu a etapa do Histórico de Enfermagem como o roteiro sistematizado para o levantamento de dados, dos sinais e dos sintomas do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas pela enfermeira.

O Diagnóstico de Enfermagem surge após os dados coletados serem analisados e avaliados. É a identificação das necessidades que precisam ser atendidas e a determinação do grau de dependência desse atendimento (HORTA, 1979). Nóbrega (1991) apud Porto (2004), destaca que a maior dificuldade das enfermeiras durante a elaboração do Diagnóstico de Enfermagem é identificar quais necessidades estão afetadas e o grau de dependência delas.

Horta (1979) tinha consciência das dificuldades que as enfermeiras iriam encontrar para elaborar o Diagnóstico de Enfermagem e a mesma acreditava que as enfermeiras careciam de conhecimento acerca de sintomas, de necessidades alteradas, da diferença entre assistência de enfermagem e necessidades básicas e entre problema de enfermagem e necessidades básicas (PORTO, 2004).

O Plano Assistencial é a determinação global e sistematizada da assistência de enfermagem que necessita ser prestada ao ser humano. Já o Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, é definido como a aplicação diária do plano assistencial que direciona as ações da equipe de enfermagem na execução de cuidados adequados para atender as necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979).

A Evolução de Enfermagem compreende o relato diário das mudanças observadas no ser humano enquanto este estiver sob assistência de enfermagem. Com ela torna-se possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada (HORTA, 1979).

A fase do Prognóstico de Enfermagem, que é a última etapa do processo, segundo Horta, pode ser definida como a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a execução do plano assistencial, baseado nos dados fornecidos pela evolução diária (HORTA, 1979).

Ao longo da obra de Horta (1979, p. 39), encontra-se a definição para o que seriam as Necessidades Humanas Básicas, baseada na classificação de João Mohana, “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (Quadro 1). Para ela, essas

necessidades podem ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não, são latentes, universais, vitais, flexíveis, constantes, infinitas, cíclicas, inter-relacionadas, dinâmicas, energéticas, hierarquizadas com características próprias, são universais e vários fatores interferem na manifestação e atendimento, entre eles, individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde/doença e o ambiente.

Necessidades		
Psicobiológicas	Psicossociais	Psicoespirituais
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida
Hidratação	Amor	
Nutrição	Liberdade	
Eliminação	Comunicação	
Sono e repouso	Aprendizagem (educação à saúde)	
Sexualidade	Gregária	
Abrigo	Recreação	
Mecânica corporal	Lazer	
Mobilidade	Orientação no tempo e espaço	
Cuidado corporal	Aceitação	
Integridade física	Auto-realização	
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento, celular, vascular	Auto-estima	
Percepção: olfativa, visual, tátil, gustativa, dolorosa	Participação	
Ambiente	Auto-imagem	
Terapêutica	Atenção	

Fonte: Horta, 1979, p.40.

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Humanas Básicas de Horta

2.2 As Necessidades Humanas Básicas do idoso internado em uma unidade hospitalar

Aqui são consideradas as Necessidades Humanas Básicas identificadas por Wanda de Aguiar Horta, em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

2.2.1 Necessidades Psicobiológicas

Horta classificou as seguintes necessidades: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; mobilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina,

eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção; percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; ambiente e terapêutica.

Necessidade de Oxigenação

A necessidade de oxigenação “é o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais” (HORTA, 1979, p. 40). Suas manifestações podem ser identificadas pela enfermagem pelos seguintes sinais e sintomas: cianose, dispnéia, ortopnéia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia, sangramentos, tabagismo, obstrução das vias aéreas, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e demais características dos movimentos respiratórios.

O aparelho respiratório pode sofrer alterações na anatomia e na função, porém são inerentes ao processo normal e natural de envelhecimento. Vários fatores podem alterar a função pulmonar agravando o processo de envelhecimento, tais como o tabagismo, a poluição ambiental, a exposição profissional, as diferenças socioeconômicas, constitucionais e raciais. A associação desses fatores com outras enfermidades, principalmente as crônico-degenerativas, faz com que os idosos apresentem maior comprometimento da função pulmonar (GORZONI; RUSSO, 2006).

As principais alterações na estrutura do sistema respiratório são: aumento do espaço morto pulmonar; redução da área de superfície de volume pulmonar; redução da atividade mucociliar; aumento da rigidez da parede torácica; aumento da sensibilidade à pressão intra-abdominal; redução da mobilidade do gradeado costal e redução na força e na massa muscular. As principais alterações fisiológicas do aparelho respiratório associadas à senilidade são: perda das propriedades de retração elástica do pulmão; enrijecimento da parede torácica e diminuição da potência motora e muscular (GORZONI; RUSSO, 2006).

Nos idosos ocorre também o aumento do volume pulmonar residual, diminuição na capacidade vital, troca gasosa e capacidade de difusão diminuída e redução da eficiência da tosse. Conseqüentemente, manifestam fadiga e falta de ar com a atividade sustentada, cicatrização comprometida dos tecidos devido à

oxigenação diminuída e dificuldade de expectorar as secreções (SMELTZER; BARE, 2002).

Podemos observar que a maior causa de internações e reinternações, no HU/FURG, em pessoas idosas são as ocasionadas pelos problemas respiratórios. Por apresentarem um envelhecimento natural do aparelho respiratório, além de estarem imunologicamente mais frágeis, são muitos os casos de internações por infecções respiratórias, pneumonias e tuberculose pulmonar, além dos enfisemas e doenças pulmonares obstrutivas que também estão associadas ao estilo de vida que esse idoso teve ao longo de sua vida.

Necessidade de Nutrição

É a necessidade do indivíduo de obter alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET; BUB, 2001). A alimentação é primordial para a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde e, com o processo de envelhecimento, as pessoas podem perder o interesse em preparar e ingerir as refeições (ARAÚJO; BACHION, 2005).

No processo de envelhecimento, considera-se normal ocorrerem alterações fisiológicas e biológicas que afetam a alimentação e a nutrição do idoso, dentre elas: aumento do tecido adiposo; redução da massa muscular; redução da água corporal total; perda de paladar e olfato; diminuição na produção de pepsina e do ácido clorídrico, com diminuição na ingestão de alimentos e na absorção de vitamina B12, ferro e outras substâncias. O tipo de alimentação do idoso pode influenciar tanto no aparecimento de doenças, como na determinação de sua gravidade, justificando a preocupação com o padrão de alimentação e com o conhecimento das alterações nutricionais que ocorrem com o envelhecimento (NAJAS; PEREIRA, 2006).

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que as funções: social, psicológica, e fisiológica da alimentação influenciam os hábitos de dieta do idoso. Com a atividade física diminuída e a velocidade metabólica mais lenta, ocorre a redução na quantidade de calorias necessárias para a manutenção do peso ideal. As mesmas autoras relatam que apatia, imobilidade, depressão, solidão, pobreza, conhecimento inadequado, saúde oral deficiente e falta de sensibilidade do paladar, muitas vezes presentes nos idosos, podem contribuir para uma ingestão nutricional inadequada.

Na velhice, iniciam-se alterações na composição corporal, com perda da massa magra e aumento no tecido adiposo. No entanto, embora as perdas de peso corpóreo nos idosos sejam esperadas, elas devem ser investigadas. A desnutrição na população idosa brasileira, em seguimento ambulatorial, é de cerca de 20% e, entre os idosos hospitalizados, esta porcentagem salta para 60% (NAJAS; PEREIRA, 2006).

Outro fator que podemos observar como comprometedor de uma boa alimentação é a dificuldade de mastigação e deglutição. Os idosos engasgam com facilidade com os alimentos pela diminuição da motilidade digestiva por perda da acuidade neuromuscular. A porção inferior do esôfago pode estar dilatada, o que desencadeia espasmos, refluxo digestivo e dor (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Grande parte dos idosos internados na Unidade de Clínica Médica do HU/FURG apresenta algum tipo de problema relacionado à alimentação que pode ser desencadeado com a internação ou ser causa de internações hospitalares. Talvez por terem diminuição do paladar, muitos idosos diminuem a ingestão alimentar, o que acaba levando a uma redução na massa muscular e, em alguns casos, à desnutrição.

Outro aspecto que merece destaque é que pela falta de uma pessoa que assuma a figura de cuidador, por falta de conhecimento ou até mesmo por dificuldades financeiras, os idosos não mantêm uma dieta balanceada e saudável.

Também merecem destaque as dificuldades de mastigação e deglutição conseqüentes do uso de prótese dentária, das doenças como o AVC entre outras que, muitas vezes, levam ao surgimento de situações de engasgo ou à utilização de sonda para alimentação.

Necessidade de Hidratação

É a necessidade de manter os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, em nível ótimo objetivando o favorecimento do metabolismo corporal (BENEDET; BUB, 2001).

Estudos mostraram que, somente conseguiram sobreviver, as espécies que desenvolveram, ao longo de seu trajeto evolutivo, meios eficazes capazes de estabelecer um sistema homeostático eficiente. O envelhecimento traz alterações direcionadas, em sua grande maioria, para a diminuição gradual da atividade em

algum órgão e, nos rins, as mais significativas são: queda de parâmetros hemodinâmicos, perda de massa e atrofia, hipertrofia, hiperplasia vascular e esclerose dos glomérulos (BOECHAT, 2006).

Alguns fatores podem aumentar ou diminuir as necessidades de água do organismo, entre elas: idade, sexo, temperatura corpórea, quantidade de gordura corporal, atividade físicas, insuficiência renal, temperatura do meio ambiente, estado de metabolismo acelerado, aumento da perda de líquidos (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Em idosos ocorre diminuição do mecanismo da sede, o que pode resultar em desequilíbrio hidroeletrolítico e esse fato pode estar associado à redução na função renal e à incapacidade de concentrar a urina. Outros fatores podem comprometer o equilíbrio hídrico em idosos, entre eles: a presença de doenças crônicas, o uso de diuréticos, o uso de laxantes e enemas e a realização de procedimentos de esvaziamento do cólon. A enfermeira necessita sempre estar atenta para a identificação de alterações no turgor cutâneo, alteração na temperatura da pele, diminuição da saliva e da umidade das mucosas, além de mensurar a ingesta e excreção de líquidos (POTTER; PERRY, 1999).

Em nossa realidade, observa-se como é difícil identificar, principalmente em idosos, o hábito de ingesta hídrica, o que pode ocasionar situações de desidratação. Devemos cultivar esse hábito, além de estar sempre atentas para os sinais de déficit na ingesta hídrica.

Necessidade de Eliminação

Indica a necessidade do organismo de eliminar as substâncias indesejáveis ou que estejam presentes em quantidades excessivas, objetivando a manutenção da homeostase corporal (BENEDET; BUB, 2001).

Por volta dos 40 anos, inicia-se o processo de envelhecimento renal, manifestando as alterações morfológicas através da diminuição do peso do rim, reduzindo a área de filtração glomerular e, como conseqüência, reduzindo suas funções fisiológicas normais. Os vasos renais sofrem, progressivamente, esclerose, diminuindo sua luz acarretando modificações no fluxo laminar do sangue, facilitando a deposição de lipídios na parede vascular, substituindo as células musculares por colágeno, levando à diminuição de sua elasticidade. Os glomérulos reduzem de

número e volume com o envelhecimento, além de sofrerem modificações estruturais. Provavelmente por consequência de isquemia, os túbulos renais diminuem de tamanho e volume. Ocorre diminuição do fluxo renal e uma contínua perda da função renal com diminuição do ritmo de filtração glomerular (CARVALHO, 2006).

O sistema genito-urinário funciona na pessoa idosa com algumas intercorrências e pode começar a ocorrer uma diminuição na massa renal com conseqüente diminuição da taxa de filtração, da função tubular, com menos eficiência na reabsorção e concentração da urina e restauração mais lenta do equilíbrio ácido-básico em resposta ao estresse (SMELTZER; BARE, 2002).

A bexiga é o órgão responsável pelo armazenamento da urina que é produzida no rim, além de ser responsável por sua expansão. Com o envelhecimento, a bexiga sofre alterações que podem acarretar sua exteriorização clínica, podendo acarretar limitações no campo psíquico, social e profissional da pessoa idosa (CARVALHO, 2006).

Pode surgir incontinência urinária, porém Maciel (2006) destaca que o envelhecimento não é a única causa de incontinência urinária, mas induz algumas mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário que pode predispor à incontinência.

As mulheres idosas podem sofrer com a incontinência urinária de estresse e/ou de urgência. A principal alteração é a redução na pressão máxima de fechamento uretral, reduzindo a vascularização e atrofiando os tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina (SMELTZER; BARE, 2002; MACIEL, 2006). Os homens idosos podem sofrer com o aumento da próstata, a hiperplasia benigna de próstata, o que provoca um aumento gradual na retenção urinária e a incontinência por fluxo excessivo (SMELTZER; BARE, 2002).

Algumas alterações da função vesical e da uretra são comuns a ambos os sexos, como: redução da contratilidade e da capacidade vesical; declínio na habilidade para retardar a micção; aumento do volume residual e aparecimento de contrações vesicais (MACIEL, 2006).

O consumo de líquidos e outros hábitos saudáveis como ter acesso fácil ao banheiro, urinar a cada três ou quatro horas durante o dia e praticar exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico, auxiliam a reduzir as infecções urinárias e a incontinência urinária (SMELTZER; BARE, 2002).

Em idosos, a constipação pode ser um fator bem importante no surgimento da incontinência urinária. Na constipação branda os sintomas são: o desconforto abdominal e flatulência. As conseqüências mais graves incluem a impactação fecal, provocando diarréia, incontinência fecal e obstrução (SMELTZER; BARE, 2002).

A constipação intestinal é comum em idosos tendo uma origem multifatorial. Dentre os vários fatores que podem contribuir para a constipação nas pessoas idosas, podemos destacar: dieta pobre em fibras; diminuição da ingesta hídrica; redução da prensa abdominal, que perde força decorrente da flacidez da musculatura e aproximação do gradeado costal das cristas ilíacas anteriores, ocasionada por alterações na coluna; e a diminuição da atividade física. A diarréia também pode estar presente no idoso, com chance de desenvolvimento de complicações e óbitos, causados pela desidratação. Na diarréia aguda, a principal causa são os agentes infecciosos bacterianos (MARROCHI et al. 2006).

Todas essas informações são confirmadas na atual realidade. São altos os índices de idosos internados em conseqüência da hiperplasia benigna de próstata que ocasiona sérias alterações nos hábitos vesicais. As idosas também apresentam grandes dificuldades quanto ao controle vesical e, por não existir um ambiente hospitalar facilitador ao acesso e utilização do banheiro, acabam utilizando fraldas o que, muitas vezes, facilita o aparecimento das úlceras de pressão.

Em relação à constipação parece que, para muitos idosos, tornou-se um hábito normal, como parte do seu cotidiano. Quando independentes, os idosos parecem não preocupar-se com uma dieta rica em fibras e não associar a importância da ingesta hídrica para o bom funcionamento intestinal. Quando dependentes, seu familiares e cuidadores parecem, também, não saber ou não entender tal fato.

Necessidade de Sono e Repouso

Necessidade do organismo de manter, durante certo período, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência. O corpo e a mente ficam em estado de imobilidade parcial ou completa, com as funções corporais parcialmente diminuídas (BENEDET; BUB, 2001).

O processo de envelhecimento altera a qualidade do sono. Problemas como inatividade, doenças, medicamentos, depressão e hábitos pessoais podem agravar

os problemas de sono em pessoas idosas. O sono influencia a qualidade de vida do ser humano e, nos idosos, algumas alterações fisiológicas alteram ou interferem nessa necessidade básica (ARAÚJO; BACHION, 2005).

O tipo e a quantidade de sono mudam com a idade. Algumas pessoas idosas são acordadas com mais facilidade, demoram mais para começar a adormecer e o sono profundo pode estar diminuído em até 50% (PORTO, 2004).

Há pouco tempo atrás, as transformações ocorridas no sono em consequência da idade eram consideradas de pequena importância dentro do processo de envelhecimento (FILHO, 1994 apud CAMARA; CAMARA, 2006). Ao considerar um adulto saudável, verifica-se que o mesmo dorme em torno de 7-8 horas de sono e os despertares noturnos representam até 5% do tempo total na cama (CAMARA; CAMARA, 2006).

O envelhecimento acarreta insatisfação com a qualidade do sono. A média de horas de sono no idoso é em torno de 6 horas; o sono torna-se mais superficial, com ausência de estágios de sono mais profundo. Mesmo no idoso considerado saudável, ocorrem alterações na quantidade de horas noturnas de sono, o tempo na cama reduz, embora existam os períodos de sono diurno. As alterações do sono no idoso podem ter múltiplas causas, dentre elas: os distúrbios específicos do sono, problemas médicos, farmacológicos, sociais e psicológicos (CAMARA; CAMARA, 2006).

Em geral, os distúrbios do sono no idoso são consequências de alguns fatores, entre eles: diminuição da capacidade de dormir; aumento dos problemas de respiração durante o sono; aumento da atividade mioelétrica noturna; perturbações neuropsiquiátricas, em especial depressão e demências; dor e limitação da mobilidade; hábitos de sono insatisfatórios e errôneos; refluxos gastroesofágicos; causas iatrogênicas e causas ambientais adversas (MILES; DEMENT, 1980 apud CAMARA; CAMARA, 2006).

Camara e Camara (2006) destacam, ainda, que os distúrbios do sono mais frequentes relacionados aos idosos são a insônia, a parassonia, a hipersonia, os distúrbios dos movimentos noturnos e a apnéia do sono.

Sabe-se da importância de uma boa noite de sono, porém o processo de envelhecimento altera a satisfação dessa necessidade tão importante para a manutenção da qualidade de vida. É normal que, com o avançar da idade, as horas requeridas de sono diminuam, mas o que observamos é que muitos idosos

apresentam sérias dificuldades para adormecer ou então adormecem com facilidade de dia e durante a noite “perdem o sono”, ou ainda, em decorrência de cochilos durante o dia, não dormem à noite.

É comum, em nossa realidade institucional, a queixa freqüente de não satisfação da necessidade de sono e repouso, o que acaba por levar o idoso à utilização de sedativos e auxiliares, fato que pode comprometê-lo ou levá-lo a sofrer iatrogenias.

Necessidade de Exercício e Atividades Físicas

Necessidade de mover-se, de forma intencional, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos músculos, com o objetivo de evitar lesões. É a necessidade de exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, e outras (BENEDET; BUB, 2001). Para Perracini et al (2006, p. 98), considera-se idoso ativo aquele que:

mantém atividades que julga importantes neste momento de vida, priorizando aquelas que têm um significado e uma motivação para o crescimento pessoal. Tem consciência das limitações impostas pelo envelhecimento e é capaz de lançar mão de recursos pessoais para manter controle ativo sobre a própria vida, a despeito da presença de doenças. Mantém boa capacidade de adaptação a condições desfavoráveis e de otimização das capacidades e competências. Semelhantes condições são garantia de funcionalidade física e psicossocial, com compensação dos prejuízos inerentes à velhice.

As principais causas de incapacidade física nos idosos são as doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo as seqüelas de acidentes vasculares cerebrais (AVC), as fraturas, as doenças reumáticas e as doenças cardiovasculares. Dentre as alterações cardíacas e vasculares fisiológicas no envelhecimento podemos destacar os aumentos: da massa cardíaca, da espessura da parede posterior do ventrículo esquerdo, da espessura do septo interventricular, no tempo de relaxamento e da contração do ventrículo esquerdo, da resistência vascular periférica, da espessura da parede, da velocidade de pulso; a deposição de colágeno; a diminuição: da complacência ventricular, da elasticidade; a distencibilidade da aorta, entre outras (FREITAS et al., 2006).

O idoso apresenta menor condição de esforço, recuperação mais lenta, perda progressiva da força, atipia de sintomas clínicos, extremidades frias, aumento da

freqüência de arritmias e dispnéia aos esforços, entretanto, a atividade física corretamente orientada tem demonstrado melhora na capacidade funcional do idoso (FREITAS et al., 2006).

Com a diminuição da atividade e o avançar da idade, os músculos ficam reduzidos de tamanho e perdem força, flexibilidade e resistência. A força e a flexibilidade musculares podem ser aumentadas através de exercícios regulares. A atividade física promove a eficiência cardiovascular e respiratória, além de aumentar a força e eficiência das contrações cardíacas. Melhora a captação de oxigênio pelos músculos cardíaco e esquelético, reduz a fadiga, aumenta a energia e reduz os fatores de risco cardiovascular. O exercício regular também ajuda a promover a independência e o bem-estar psicológico no idoso (SMELTZER; BARE, 2002).

Para Freitas et al (2006) a velhice causa a perda da densidade óssea, podendo levar à osteoporose. A atividade física aumenta a massa e diminui as perdas ósseas, independente da idade. Com certeza a atividade física produz aumento da densidade óssea, ou, ao menos, a mantém, porém qual a melhor estratégia de treinamento para alcançar tal objetivo ainda é motivo de muitas dúvidas. Os mesmos autores afirmam que para o idoso manter-se funcionalmente independente necessita, dentre outras capacidades, de força e resistência musculares localizadas e flexibilidade. É através dessa aptidão muscular que o indivíduo é capaz de realizar atividades diárias, dentre as quais, subir escadas, carregar compras e etc. Pois:

exercícios de força trazem inúmeros benefícios para a saúde do idoso, melhoram a mobilidade e impedem a atrofia muscular, revertem o quadro de hipertensão e alta freqüência cardíaca durante a realização das atividades da vida diária, aumentam a massa óssea e evitam doenças cardíacas (SANTARÉM, 2000 apud FREITAS et al., 2006, p. 861).

O envelhecimento causa a perda de elasticidade e estabilidade dos músculos, tendões e ligamentos, além de diminuir a massa muscular e reduzir a força. A falta de flexibilidade dificulta a realização de atividades da vida diária como se vestir ou tomar banho, causando desconforto e incapacidade no idoso. A atividade física pode trazer benefícios e mostrar ao idoso e à sociedade uma nova maneira de ver e viver a velhice. A atividade física acarreta mudanças no corpo, fazendo com que o idoso mude a imagem que tem de si e melhore a sua auto-estima (FREITAS et al., 2006).

Observa-se que a maioria da população idosa não pratica atividades físicas, o que acaba levando, muitas vezes, o idoso à incapacidade física. No entanto, atividades físicas supervisionadas e orientadas para essa faixa etária podem trazer inúmeros benefícios como prevenção da inatividade e melhora da capacidade física, além de contribuir como forma de interação social entre pares.

Necessidade de Sexualidade

Tem como objetivo obter prazer e manter um relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar. O ser humano integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais (BENEDET; BUB, 2001).

A sexualidade é a maneira com que cada pessoa expressa o seu sexo, ser homem ou ser mulher. A relação sexual é apenas um componente da sexualidade. Vários fatores interferem na vida sexual do idoso que são de ordem física, psicológica e social (PAPALÉO NETTO, 1997).

São muitos os preconceitos que norteiam a sexualidade na pessoa idosa. A velhice acaba sendo vista com um período sedentário da vida, com pouca atividade física e sexual, porém os seres humanos nascem e morrem sexuados, não tendo sentido a idéia de que a atividade sexual desaparece com a idade (BODACHNE, 1995).

Dentre as transformações ocasionadas pelo envelhecimento, pode-se destacar a dinâmica dos processos de formação da afetividade, da intimidade e da sexualidade. O afeto é tudo aquilo que nos faz oscilar entre a entrega e o espanto, a afetividade traz à tona as coisas da alma, do coração, do amor, do ódio, da inveja, da culpa. A construção da afetividade abre espaço para a intimidade que é o poder revelar-se como se é e ser aceito. A intimidade permite o contato direto com nossa realidade e com a do outro, sem julgamentos. Já a sexualidade é o modo de vivermos nosso instinto sexual, buscando o afeto, o acasalamento e o prazer (MONTEIRO, 2006).

Nas mulheres a chegada da menopausa faz com que a produção de estrogênio e progesterona pelos ovários cesse. Dentre as alterações que ocorrem no sistema reprodutivo, podemos destacar o adelgaçamento da parede vaginal, a redução no tamanho e a perda da elasticidade; diminuição da acidez e secreção vaginal, resultando em ressecamento vaginal e prurido; e diminuição do tônus do

músculo pubococcígeo, resultando no relaxamento da vagina e do períneo (SMELTZER; BARE, 2002).

Nos homens idosos, o pênis e os testículos diminuem de tamanho, assim como os níveis hormonais. A disfunção erétil pode desenvolver-se em consequência de: doença cardiovascular, distúrbios neurológicos, diabetes, doença respiratória (SMELTZER; BARE, 2002). O desejo e a atividade sexual, com a chegada da idade, diminuem, porém não desaparecem.

Alguns medicamentos podem diminuir o apetite e vigor sexual nos idosos, dentre eles destacam-se: anti-hipertensivos, tranqüilizantes, antidepressivos, além do álcool e do fumo. Várias patologias também afetam a atividade sexual no idoso: cardiopatias, artrose, diabetes mellitus, seqüelas de AVC, entre outras (PAPALÉO NETTO, 1997).

Nascemos e morremos sexuados, então, não é porque envelhecemos que perdemos a necessidade de sexualidade. É verdade que em consequência das várias alterações hormonais e funcionais acarretadas pelo envelhecimento, o desejo pode diminuir, mas não desaparecer. Talvez por se viver em uma sociedade que considera o envelhecimento sinônimo de perdas e de inatividade, tanto física como sexual, é que não se discuta o sexo na velhice.

Não só na cidade do Rio Grande/RS ou nessa instituição hospitalar, como também no Brasil e no mundo inteiro, os casos de Aids que mais crescem são os da população maior de 60 anos. Isso passou a ocorrer porque o idoso descobriu que pode ter uma vida social, sair, namorar e praticar o sexo e aí talvez esteja um dos grandes desafios da saúde pública hoje: iniciar campanhas para prevenção e detecção do vírus HIV na população idosa.

Necessidade de Abrigo

É a necessidade de cada indivíduo de manter um ambiente protegido, livre de agentes agressores à vida (BENEDET; BUB, 2001). Os idosos são parte de um grupo social especial e precisam de um ambiente protegido e próprio.

O idoso precisa de um lugar próprio, porém que ofereça segurança da mesma forma que conforto e privacidade. Em muitos lugares, já existem comunidades e lares para pessoas idosas com a oportunidade de socialização e recreação (SMELTZER; BARE, 2002).

Um ambiente ideal deve proporcionar mais que abrigo, ele deve ser capaz de promover o desenvolvimento contínuo, a estimulação e a satisfação, necessários ao bem-estar psicológico (ELIOPOULOS, 2005).

De acordo com a Política Nacional do Idoso, o atendimento ao idoso deve ser realizado, prioritariamente, por seus familiares, em detrimento do asilar, com exceção dos casos que não possuem condições necessárias para sobrevivência (BRASIL, 1994). Tal Lei também assinala que o asilo foi uma alternativa assistencial criada para suprir a ausência familiar e acolher o idoso em situação de pobreza ou abandono.

O cuidado de enfermagem ao idoso deve ser caracterizado pela individualização, deve ser centrado nele, interagindo com a equipe, família e comunidade. Sua finalidade deve ser de devolver o indivíduo à sociedade, reintegrando-o, com o mínimo de seqüelas possíveis, proporcionando atividades dentro de suas limitações, reduzindo a incidência de internações e restabelecendo sua dignidade de ser humano e cidadão (VITECK, 1994).

O momento da hospitalização pode ser crítico para alguns idosos, pois eles são retirados do seu ambiente próprio e precisam adaptar-se as normas e rotinas da instituição além de não poderem ter acesso aos seus pertences e recordações. Por outro lado, para alguns idosos que não possuem um lar adequado nem a presença de uma família e cuidadores, a hospitalização pode representar um momento de receber atenção e carinho durante o cuidado realizado pela equipe de saúde.

Necessidade de mecânica corporal

A mecânica corporal é um esforço do sistema musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal durante as atividades como levantar, movimentar-se, curvar-se e etc (POTTER; PERRY, 1999). Em pessoas idosas, a mecânica corporal fica afetada.

São raros os casos de idosos que não apresentam algum tipo de desconforto, deficiência ou deformidade causada por distúrbios musculares. As doenças musculoesqueléticas apresentam-se como a principal causa da deficiência funcional nessa população, ocasionando problemas como: articulações rígidas e dolorosas, câibras, redução na variação do movimento e maior facilidade de fratura óssea (ELIOPOULOS, 2005).

A pessoa idosa deve ser estimulada a manter uma dieta adequada, prevenindo a obesidade e mantendo uma atividade física, com o objetivo de prevenir a imobilidade. Dentre as várias doenças que afetam a mecânica corporal podendo levar à imobilidade, estão: fraturas, osteoartrite, artrite reumatóide, osteoporose e gota. A enfermeira deve estar sempre atenta aos problemas relacionados à mecânica corporal, providenciando o alívio da dor, prevenindo as lesões e promovendo a independência (ELIOPOULOS, 2005).

Durante a internação hospitalar muitos idosos, em decorrência de seu estado de saúde, ficam restritos ao leito prejudicando a mecânica corporal. A presença da enfermeira auxiliando e estimulando os exercícios ativos e/ou passivos, no próprio leito e a atuação da fisioterapeuta podem ajudar a minimizar os efeitos da imobilidade.

Necessidade de Motilidade

Para Horta a “motilidade é a capacidade de movimentar os segmentos corporais visando atender suas necessidades básicas” (HORTA, 1979, p. 60). A motilidade pode ser classificada como total, parcial, mínima ou nenhuma. A pessoa pode apresentar restrição ao movimento por prescrição ou por uso de equipamentos externos, por restrição do movimento voluntário ou do comprometimento ou perda da função motora (HORTA, 1979).

Em idosos, as principais causas de comprometimento da motilidade física são as inatividades físicas, as alterações hormonais e a reabsorção óssea. Eles podem vivenciar alterações no estado de mobilidade, sendo comum caminharem lentamente e parecerem menos coordenados (POTTER; PERRY, 1999).

O uso de auxiliares da locomoção, como: cadeiras de rodas, barras laterais nos corredores e banheiros, assim como os exercícios físicos orientados auxiliam o idoso a manter a motilidade mesmo durante as situações de internação.

Necessidade de cuidado corporal

Necessidade do indivíduo de realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal (BENEDET; BUB, 2001). A necessidade de cuidado corporal é

uma atividade básica de autocuidado que, por sua vez, mede o nível de dependência ou não do idoso.

A capacidade de ser independente na satisfação da necessidade de estar limpo e cuidado concede ao ser humano a manutenção de sua saúde física e emocional. O que significa a necessidade de estar limpo e os meios utilizados para a satisfação dessa necessidade varia para cada indivíduo. O idoso pode apresentar déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se. A capacidade de poder vestir-se e arrumar-se desempenha um importante papel no bem-estar psicológico de todo indivíduo, constituindo um valor importante também para os idosos (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Vestir-se e despir-se são atividades que exigem coordenação, destreza, equilíbrio, amplitude de movimento e força muscular, funções que estão afetadas em decorrência do envelhecimento, o que pode acarretar dificuldade ou incapacidade de realizar tal função (ARAÚJO; BACHION, 2005).

As pessoas idosas devem ser encorajadas, ao máximo, para realizarem sozinhas atividades de autocuidado. Para tanto, família e idoso devem ser encorajados a adotarem mudanças em relação ao estilo de vida e ao ambiente. Barras de segurança no banheiro, vaso sanitário, chuveiro e corredores são úteis. Roupas largas, sapatos folgados, tapetes espalhados e pequenos objetos criam perigos e aumentam o risco de acidentes (SMELTZER; BARE, 2002).

Como Horta (1979) mesmo destaca, as pessoas devem ser orientadas para o autocuidado. O objetivo do cuidado de enfermagem é realizar pelo indivíduo o que ele está temporariamente impossibilitado de realizar. Tal atitude também deve ser estimulada nos idosos, por mais que eles possuam algum tipo de dependência devem ser estimulados ao autocuidado.

Ainda para reforçar esta questão, vale enfatizar a finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada por meio da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006, p.3) que assim é apresentada

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.

Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

Necessidade do organismo de manter as funções de proteção, regulação da temperatura, sensação e excreção da pele e mucosas (PORTO, 2004).

A pele tem função de proteção, regulação da temperatura, sensibilidade e excreção. O envelhecimento traz alterações na função e aspecto da pele. A epiderme e a derme ficam mais espessas, as fibras elásticas ficam em número reduzido e o colágeno torna-se mais rígido. O tecido adiposo subcutâneo diminui assim como o número de capilares, o que resulta em menor aporte sanguíneo. Como consequência, a pele perde a elasticidade, enruga e fica flácida. A pigmentação dos pêlos diminui, a pele fica mais seca e suscetível a irritações pela redução na atividade das glândulas sudoríparas e sebáceas (SMELTZER; BARE, 2002).

As mudanças graduais ocorrem na pele do idoso, principalmente nas superfícies expostas aos traumas solares e ambientais. Durante o exame físico, algumas características da pele devem ser observadas, entre elas: a coloração, a textura, a presença de alterações e lesões (SANTOS, 2001).

Uma das alterações mais preocupantes relacionadas à pele do idoso são as escaras de decúbito e a úlcera de estase. As escaras de decúbito ocorrem no idoso imóvel devido à fragilidade de sua pele, à diminuição do suprimento de sangue local, à menor sensação de pressão e, principalmente, à má nutrição (SANTOS, 2001).

O principal passo para o cuidado com as escaras é a prevenção e, para isso, devem ser usados colchões e almofadas especiais e a pele deve ser mantida sempre limpa e seca. O idoso restrito ao leito deve ser mudado de decúbito com frequência. As pessoas cadeirantes devem ser mudadas de posição com maior frequência do que as que estão no leito, devido à distribuição desigual do peso do corpo. A avaliação dermatológica é o primeiro passo no sistema de cura caso a pele já esteja escarificada ou ulcerada.

As úlceras de estase resultam de uma mudança crônica no fluxo sanguíneo dos membros inferiores, em geral localizadas no maléolo interno, devido à insuficiência vascular crônica. Geralmente a pele apresenta coloração marrom, os pés tornam-se cianóticos quando abaixados e a dor não é muito intensa (SANTOS, 2001).

Necessidade de integridade física

Necessidade do organismo de manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo (BENEDET; BUB, 2001).

Nos idosos, a integridade física pode estar alterada por traumas, pelas quedas e lesões. Outros fatores que podem alterar a integridade física são: a imobilidade, as incontências, a má nutrição e o estado mental diminuído (POTTER; PERRY, 1999).

A enfermeira deve estar atenta para os fatores que podem colocar em risco a integridade física do idoso. As instituições hospitalares, as instituições de longa permanência (as asilares) e o próprio domicílio devem possuir características próprias a fim de prevenir quedas e conseqüentes lesões.

Necessidade de regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular

Necessidade de regulação térmica: necessidade do organismo de manter a temperatura central entre 36° e 37,3° C, para poder manter um equilíbrio da temperatura corporal (BENEDET; BUB, 2001).

Os idosos correm riscos de terem problemas com as alterações originadas do sistema de termorregulação, como diminuição da resposta à sudorese frente ao estresse termal, doença cardiovascular, diabetes, medicamentos e deterioração da mobilidade (PORTO, 2004). Idosos são mais acometidos por hipotermia e os sinais e sintomas são: cianose, hipoatividade, tremores, confusão mental.

Necessidade de regulação hormonal: necessidade do corpo em manter o equilíbrio de todo o sistema endócrino, ou seja, de regular todas as secreções das glândulas endócrinas, que são os hormônios. O envelhecimento afeta o sistema endócrino e podem surgir doenças e/ou alterações como diabetes, osteoporose, o declínio das atividades sexuais entre outros (PORTO, 2004).

O sistema endócrino fica totalmente alterado em função do envelhecimento. Algumas modificações são mais acentuadas, como por exemplo, a redução estrogênica no climatério, verificada nas mulheres (SANTOS, 2001). Além das modificações observadas nos órgãos sexuais secundários e no comportamento

psicológico, tais modificações atingem o metabolismo do tecido ósseo, predispondo mais as mulheres à osteoporose.

Necessidade de regulação neurológica: necessidade de preservar e/ou manter o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (BENEDET; BUB, 2001).

A estrutura e a função do sistema nervoso mudam com a idade. Ocorre perda progressiva da massa cerebral com redução no número de neurônios, redução na síntese e no metabolismo dos neurotransmissores. Os impulsos nervosos passam a ser transmitidos de forma mais lenta, o sistema nervoso autônomo fica menos eficiente. Pode ocorrer hipotensão postural. A isquemia cerebral, caracterizada pela tonteira, pode interferir na mobilidade e segurança.

Ocorre dificuldade na manutenção da homeostasia e o tempo de reação mais lento coloca o idoso em risco de quedas e lesões (SMELTZER; BARE, 2002). Podem ocorrer quedas e sensação de desmaio

Dentre as várias alterações que ocorrem nas funções do sistema nervoso central, decorrentes do envelhecimento, podemos destacar as de origem neuropsicológicas envolvidas no processo cognitivo, que são o aprendizado e a memória (SOUZA; CHAVES, 2005). Tais alterações podem comprometer o bem-estar biopsicosocial do idoso impedindo um estilo de vida social mais participativa, que permita a interação entre os familiares e a sociedade em geral.

Em decorrência de uma sociedade que concebe o processo de envelhecimento como algo patológico e um marco para o fim da vida, muitos idosos não se preocupam em manter um comportamento ativo na sociedade, entregando-se à aposentadoria de maneira passiva e inativa, o que pode representar um prejuízo à sua saúde mental e física, além de constituir um fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência.

Acerca desta questão Goldstein (1995, apud Souza; Chaves, 2005, p. 2) acrescentam:

Considerável parte da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las, além de referirem seu prejuízo ocupacional e social diante dessas alterações decorrentes da velhice, levando muitos ao abandono, perda da auto-estima, e seu isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar.

Embora a principal queixa dos idosos seja o esquecimento, outras funções cognitivas como a leitura e o conhecimento do significado das palavras, permanecem inalterados ou pouco comprometidos com o envelhecimento, funções essas que devem ser preservadas e valorizadas. A diminuição da memória pode estar relacionada tanto com as alterações anátomo-fisiológicas como também com a diminuição do exercício cognitivo e da motivação no processo de aprendizagem e da memória, assim o cérebro deve ser constantemente estimulado (SOUZA; CHAVES, 2005).

Necessidade de regulação hidrossalina: necessidade de manter as relações dos fluidos corporais adequadas (PORTO, 2004). O idoso pode ter o paladar diminuído e conseqüente diminuição na capacidade de perceber o nível ideal de sal nos alimentos.

Necessidade de regulação eletrolítica: necessidade de manter os fluidos e os eletrólitos em movimento no corpo humano através do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico (PORTO, 2004). O idoso tem propensão em desenvolver problemas hídricos e eletrolíticos.

Necessidade imunológica: necessidade do organismo de manter os sistemas do corpo protegidos de doenças (PORTO, 2004). As doenças infecciosas constituem uma ameaça de morbidade e mortalidade para as pessoas idosas pela redução das imunidades celular e humoral (SMELTZER; BARE, 2002).

O envelhecimento do sistema imunológico começa com a involução do timo, ao redor dos 20 anos, sendo que, aos 40 anos, sua redução é bem significativa, determinando modificações nos linfócitos T, nossas células de defesa (BODACHNE, 1995).

Durante o processo de envelhecimento, o indivíduo torna-se mais suscetível às doenças, porque se defende menos em função da redução do seu poder imunológico. Por essa razão, está mais sujeito às doenças infecciosas e tumorais.

Necessidade de crescimento celular: necessidade do organismo de manter a multiplicação das células e o crescimento dos tecidos dentro da normalidade, com o objetivo de crescimento e desenvolvimento (BENEDET; BUB, 2001). Nos idosos ocorre a destruição celular gradual, acarretando a diminuição de células funcionantes, atrofia de órgãos e tecidos e degenerações (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Observam-se perdas nos tecidos de suporte subcutâneo, ressecamento da pele, possibilidade de equimoses à menor pressão, modificações vasculares e cutâneas múltiplas, atrofia e baixa eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas (SANTOS, 2001). Há perda da elasticidade da pele, aparecimento de rugas, acentuação das proeminências ósseas, queda de faces, queixo e pálpebras e alongamento dos lobos das orelhas.

Necessidade vascular: necessidade do organismo de transportar, pelo sangue, nutrientes, distribuí-los para os tecidos e fazer a remoção dos resíduos metabólicos (PORTO, 2004). Os idosos são mais vulneráveis as demências vasculares, doenças cérebro-vasculares e cardiovasculares.

Necessidade de locomoção

Necessidade de mover-se, de um lugar ou posição, a outro (PORTO, 2004). Dentre as várias transformações que ocorrem durante o processo de envelhecimento fisiológico, merece destaque as relativas à atividade motora, em decorrência do enfraquecimento muscular e músculo-esquelético, à diminuição da coordenação motora e equilíbrio, à perda de massa muscular, ao tônus muscular diminuído, entre outras. Com as perdas na área motora, o idoso está sujeito a uma perda de autonomia, podendo afetar suas atividades de vida diária e instrumentais e uma das conseqüências disso pode ser a dificuldade ou perda da locomoção (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Ainda segundo Araújo; Bachion (2005, p. 4),

Os problemas relacionados aos diversos tipos de reumatismos afetam cerca de 50% da população idosa, sendo uma importante causa de sofrimento, restrição das atividades e utilização dos serviços de saúde.

A dificuldade para locomover-se não está necessariamente relacionada à incapacidade, mas principalmente à fisiologia do envelhecimento, à falta de atividade física, à sensação dolorosa e aos hábitos de vida. Os elementos que tornam capaz o caminhar são amplitude do movimento, equilíbrio, força muscular e coordenação motora e todos estão afetados pelo processo normal de envelhecimento (ARAÚJO; BACHION, 2005).

A dificuldade ou falta de locomoção podem levar a uma imobilidade ou a uma mobilidade no leito prejudicada, pois o idoso apresenta dificuldades para levantar-se da cama, sentar-se sem apoio e realizar, de forma independente, a mudança de decúbito. Essa imobilização prolongada pode acarretar, por sua vez, uma intolerância à atividade física, muitas vezes causada pela falta de motivação na seqüência de uma imobilização prolongada (ARAÚJO; BACHION, 2005).

A pessoa idosa tem risco para o desenvolvimento de problemas na área motora e a perda da mobilidade é uma delas. As causas na diminuição da capacidade de locomoção com o avançar da idade são multifatoriais. Os idosos devem ser estimulados a deambular e quando não for possível devem ser estimulados à mobilização no leito. Os profissionais de saúde precisam estimular, quando possível, o desenvolvimento de atividades como caminhadas, jogos, entre outras.

Necessidade de percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa

Necessidade do organismo de perceber o meio pelos estímulos nervosos, objetivando interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET; BUB, 2001). As dificuldades do sistema sensorial afetam a forma pela qual o idoso reage ao ambiente e às pessoas presentes no ambiente. Os principais problemas sensoriais estão relacionados à visão e à audição e levam o indivíduo a alhear-se ao que ocorre ao seu redor (SANTOS, 2001).

O envelhecimento provoca uma diminuição gradativa no ajustamento visual, a visão à noite fica reduzida, sendo necessário mais tempo para que os olhos se ajustem ao escuro. A opacidade crescente do cristalino, faz com que a luz se espalhe, tornando o idoso mais sensível à claridade. A visão periférica fica reduzida, o cristalino fica amarelado com a idade fazendo com que o idoso tenha dificuldade para distinguir as cores. Além disso, aparecem problemas visuais como a catarata, o glaucoma e a retinopatia diabética (SANTOS, 2001).

A deficiência na capacidade auditiva também é comum e inicia-se pela incapacidade de escutar as freqüências mais altas, ou seja, sons agudos podem representar sensações auditivas anormais, como zumbidos e assovios. As mudanças no ouvido médio e interno podem resultar em alguma perda do equilíbrio. O cerúmen torna-se mais seco, podendo acumular-se (SANTOS, 2001).

A perda da capacidade em ouvir tons de alta frequência ocorre na meia idade. A perda auditiva associada à idade é atribuída a alterações irreversíveis no ouvido interno. A perda auditiva pode fazer com que o idoso responda de forma errada, compreenda erroneamente uma conversa e evite a interação social (SMELTZER; BARE, 2002).

Os quatro paladares são doce, azedo, salgado e amargo. O paladar doce fica bem comprometido nos idosos e eles acabam preferindo alimentos salgados (SMELTZER; BARE, 2002). Gosto e olfato, em geral, diminuem à medida que a idade chega. Alguns idosos, inclusive, queixam-se de não sentir determinados sabores e odores (SANTOS, 2001).

Em relação ao tato, acredita-se que a capacidade de detectar extremos de temperatura e dor seja afetada, fazendo com que o idoso não se agasalhe o suficiente no ambiente frio, podendo adquirir doenças respiratórias ou até mesmo não perceber a extensão de um machucado. Também diminuem as sensações táteis relacionadas com a pressão, o que muitas vezes, ocasiona, por exemplo, a queda de louças (SANTOS, 2001).

A resposta à dor pode estar diminuída por redução na acuidade do tato, por alterações nas vias neurais e ao processamento diminuído dos dados sensoriais (SMELTZER; BARE, 2002).

Penosa e desagradável, a dor pode estar freqüentemente presente na vida do idoso e, muitas vezes, ela vem acompanhada de reações psicológicas que podem aumentar a sua intensidade. A dor aguda geralmente vem acompanhada de sinais de angústia e da ansiedade intensa e choro. A dor crônica, em geral, não revela angústia, o sofrimento fica camuflado por uma expressão de resignação e, ao longo do tempo, a face exprime esgotamento e depressão (SANTOS, 2001).

A avaliação da dor no idoso nem sempre é uma tarefa fácil, pois o seu nível de tolerância é, muitas vezes, mais fraco e as sensações dolorosas são difíceis de delimitar. Algumas vezes, a ausência da dor também pode ser problemática, pois pode dificultar o diagnóstico. A dor impede a manutenção da integridade do idoso por não lhe permitir viver normalmente, nem ter qualidade de vida. Os episódios de dor podem ocasionar medo e ansiedade, acentuando a dependência (SANTOS, 2001).

Necessidade de ambiente

Necessidade do indivíduo de ter um local em que ele possa interagir mantendo uma qualidade de vida (PORTO, 2004). O idoso precisa de um lugar próprio, porém que ofereça segurança da mesma forma que conforto e privacidade. Em muitos lugares, já existem comunidades e lares para pessoas idosas com a oportunidade de socialização e recreação (SMELTZER; BARE, 2002).

Os idosos passam a maior parte do tempo em sua casa ou em um quarto de uma instituição, tendo pouca ou nenhuma interação com um ambiente maior. Como a maioria deles possui algum tipo de limitação física, eles necessitam de um ambiente seguro, funcional, confortável, pessoal e normalizador (ELIOPOULOS, 2005).

Dentre os vários aspectos que devem compor o ambiente ideal para os idosos, podemos destacar: iluminação adequada; temperatura ideal; cobertura adequada do piso; móveis confortáveis, funcionais e acolhedores; estimulação sensorial; controle de ruídos; banheiros com iluminação adequada, com piso livre e box com chuveiros e banheiras antiderrapantes e barras de apoio (ELIOPOULOS, 2005).

Para manter sua privacidade, o idoso deve ter o seu próprio quarto, de preferência térreo e perto de um banheiro. Uma luz acesa durante noite pode prevenir tropeços e quedas (BODACHNE, 1995).

Os projetos arquitetônicos para hospitais e Instituições de Longa Permanência (ILPs) ou os ambientes preexistentes devem ser adaptados ao idoso, visando sempre adequar a estrutura física predial às necessidades dos idosos. O ambiente deve proporcionar segurança e estímulo à deambulação ativa, proporcionar segurança e interação com o seu mobiliário próprio e colaborar com a prevenção da osteoporose (VITECK, 1994).

O idoso deve ser mantido atento, ativo e participante no meio ambiente. A audição e visão devem ser reeducadas, aumentando o seu poder de percepção dos detalhes e a sua capacidade de concentração. Algumas condutas devem ser tomadas em relação ao ambiente, entre elas: instalar pisos antiderrapantes; manter os pisos sempre limpos e com ausência de cera; evitar desníveis nos pisos; manter a iluminação natural e artificial adequadas; dar preferência a rampas em detrimento a escadas; evitar o uso de tapetes; utilizar camas com grades, entre outras.

Necessidade de terapêutica

Necessidade de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde (BENEDET; BUB, 2001). Os idosos formam o grupo etário que mais utiliza os serviços hospitalares e de saúde (SMELTZER; BARE, 2002).

O envelhecimento acarreta um maior número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estados de invalidez e incapacidade, aumentando a necessidade de serviços médicos e sociais com programas de reabilitação, estruturados para atendê-los. Além do mais, faz-se necessário medidas preventivas efetivas, no sentido da promoção e da preservação da saúde (BODACHNE, 1995).

O envelhecimento causa várias alterações fisiológicas no corpo. Tais alterações afetam a atividade e a reação dos medicamentos no organismo. Os idosos são os usuários do maior número de medicamentos de qualquer grupo etário (ROACH, 2003). Estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente as pessoas acima de 60 anos (FLORES; MENGUE, 2005).

Os idosos convivem mais freqüentemente com problemas crônicos de saúde, acarretando uma maior utilização dos serviços de saúde e a um elevado consumo de medicamentos. Esse consumo elevado de medicamentos acarreta riscos à saúde, sendo diversos os fatores que concorrem para isso (LOYOLA FILHO et al, 2005).

O idoso é particularmente propenso a apresentar reações adversas ao ingerir medicamentos. As reações adversas comuns, observadas nos idosos, incluem confusão, incontinência e diminuição da motricidade. Acredita-se, também, que os idosos tomam mais remédios vendidos sem receita e com prescrição do que a população em geral (ROACH, 2003).

É mais provável que os idosos tenham um efeito cumulativo de medicamentos, em virtude das mudanças que ocorrem no fígado e nos rins relativas à idade. Além desses fatores, a presença de uma ou mais doenças crônicas contribui para a polifarmácia, ou seja, ao uso de um número excessivo de medicamentos prescritos e de automedicação pela população idosa (ROACH, 2003).

Observam-se, ainda, prescrições sem suporte científico apropriado. Tais fatores, muitas vezes na presença de doenças concomitantes e do consumo

simultâneo de um maior número de fármacos, aumentam a probabilidade de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas (LOYOLA FILHO et al, 2005).

Outros fatores que interferem na terapêutica são os problemas visuais do idoso que vive só e a não adesão ao esquema terapêutico (ROACH, 2003). No campo dos medicamentos prescritos, o aumento de *déficits* cognitivos e visuais dificulta o reconhecimento do medicamento e um adequado cumprimento da prescrição terapêutica por parte do idoso (LOYOLA FILHO et al, 2005).

2.2.2. Necessidades Psicossociais

São as necessidades derivadas dos instintos sociais e manifestam-se da convivência e comunhão com o outro, da tendência de conversar, de firmar-se diante de si mesmo e de se fazer valer na presença de si mesmo (MOHANA, citado por NÓBREGA, 1991). Nessa categoria, Horta (1979) incluiu: Segurança, Amor, Liberdade, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem (educação e saúde), Gregária, Recreação, Lazer, Espaço, Orientação no tempo e espaço, Aceitação, Auto-realização, Auto-estima, Participação, Auto-imagem, Atenção.

Necessidade de segurança

Necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente (BENEDET; BUB, 2001).

Essa necessidade opera em dois níveis: no físico e no psicológico. No nível físico inclui-se a proteção contra injúrias físicas. Durante todo o seu ciclo de vida, o ser humano está exposto a ameaças à sua vida e ao seu bem-estar, tais como: ações da natureza, poluentes, doenças contagiosas, acidentes e crimes (SMELTZER; BARE, 2002).

As pessoas idosas enfrentam os mesmos riscos à segurança que o adulto, porém esses riscos são acrescidos de fatores relacionados à idade. Tais riscos reduzem sua capacidade de proteção, aumentando a sua vulnerabilidade. As modificações ocasionadas pela idade, a resposta alterada do antígeno-anticorpo e a alta prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) tornam o idoso mais suscetível a infecções (ELIOPOULOS, 2005).

O idoso necessita de um ambiente seguro no qual ele possa se locomover sem colocar em risco sua segurança, evitando quedas ou outros acidentes. No nível psicológico, inclui-se a sensação de tranqüilidade de um estado livre de sentimentos de medo e de ansiedade e, na velhice, as pessoas estão mais abaladas em decorrência da solidão e das perdas.

A prevenção é a melhor maneira de garantir a segurança do idoso. Dentre algumas medidas de prevenção, podemos destacar: ingestão suficiente de líquidos, nutrição adequada, auxiliares para a visão, auxiliares para a audição, temperatura estável do corpo, prevenção de infecções, vestuário adequado, uso cuidadoso de medicamentos, ambiente seguro, segurança ao dirigir e prevenção de quedas.

Necessidade de amor

Necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às outras pessoas, geralmente com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter família e amigos (BENEDET; BUB, 2001).

Processo dinâmico que ocorre pela troca de energia entre os seres vivos, manifestando-se por ansiedade, tensão, rejeição, insegurança, negativismo, depressão, solidão, indiferença, frustração, fuga, dores, medo, agressividade, anorexia, apatia, choro, angústia, diminuição ou aumento da motricidade, obesidade, dependência, euforia, prostração, exibicionismo, desvios de comportamento, delinqüência e outros (HORTA, 1979).

Quando um idoso não se sente amado e respeitado por seu grupo familiar, pode não ter essa necessidade atendida (PORTO, 2004). As perdas comuns nessa idade podem deixá-lo com sentimento de solidão e ele passa a se isolar.

As informações relativas ao processo de envelhecimento devem ser não só de conhecimento do idoso, mas também de seus familiares, na tentativa de melhor atender as mudanças ocasionadas com o envelhecimento. Um bom convívio no lar é a maior garantia de bem-estar material e espiritual para o idoso.

Necessidade de auto-estima

Necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança nas suas próprias idéias, de ter respeito por si mesmo, de valorizar-se, de

reconhecer-se merecedor de amor e de felicidade, de não temer expor suas idéias, desejos e necessidades objetivando obter o controle sobre sua própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência (BENEDET; BUB, 2001).

O funcionamento afetivo é influenciado pelo modo como a pessoa vê o mundo e a si próprio. A auto-estima é o alicerce do funcionamento afetivo saudável. A auto-estima é o modo como a pessoa se vê. Um modo positivo de se ver promove saúde e permite que a pessoa idosa lide melhor com as mudanças e desafios do avanço da idade. As mudanças e perdas ocasionadas pelo envelhecimento contribuem para a diminuição da auto-estima. Dependência, despersonalização, dificuldade funcional e falta de controle da pessoa sobre o ambiente podem resultar em perda da auto-estima (ROACH, 2003).

A auto-estima está intimamente associada à independência e a capacidade de cuidar de si mesmo. Quando ocorre a necessidade da internação do idoso em uma ILP, ele pode ser desencorajado a realizar atividades de autocuidado, diminuindo a sensação de dependência. Ajudar os residentes a realizarem suas atividades de autocuidado, ao invés de realizá-las totalmente, pode proporcioná-los uma sensação de maior controle sobre o ambiente e um sentido de autocontrole (ROACH, 2003).

Em muitos idosos, a auto-estima pode estar afetada em decorrência de depressão. A fadiga pode ser um sintoma de depressão, acarretando em diminuição da capacidade de realizar o trabalho físico e mental no nível habitual (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Outro fator que pode afetar a auto-estima é a capacidade decisória. Geralmente os idosos ficam fora dos processos de tomada de decisão. Quanto mais os idosos participarem das decisões que os afetam, principalmente as relacionadas com sua saúde, mais eles se sentirão no controle das situações, adicionando sentimentos de auto-estima positiva.

Necessidade de liberdade

Necessidade que cada indivíduo tem de agir de acordo com sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas sociais, culturais e legais previamente impostas. É o direito de concordar

ou discordar, informar ou ser informado, delimitar e ser delimitado objetivando a sua liberdade e autonomia (BENEDET; BUB, 2001).

Um dos fatores que pode afetar a liberdade no idoso é a institucionalização, pois a mesma pode proporcionar o isolamento, a privação sensorial, a imobilização, acarretando com freqüência queda do estado geral. Residir em uma ILP pode ser estressante para o idoso, fazendo com que ele utilize a negação para diminuir a percepção de um ambiente que não lhe é agradável, situação indesejada para cuja solução se sente impotente (SANTOS, 2001).

A hospitalização também pode contribuir para a diminuição ou restrição da liberdade e uma das formas de evitar-se isso é tentar adequar as normas da instituição com os hábitos de cada idoso, o que parece ser uma solução difícil, mas não impossível.

Necessidade de comunicação

Necessidade de dar e receber mensagens através da linguagem verbal e não-verbal objetivando a interação com os outros (BENEDET; BUB, 2001). Não é porque envelhece que o indivíduo deixa de ser um ser social.

A interação social permite o compartilhamento de alegrias e tristezas, a extração de sentimentos de normalidade, a validação das percepções e a manutenção do vínculo com a realidade. A comunicação é uma ferramenta indispensável para a interação social, mas por vários fatores intrínsecos e extrínsecos, os idosos podem enfrentar obstáculos na comunicação, dificultando suas tentativas de interação social (ELIOPOULOS, 2005).

É importante manter uma comunicação eficaz com o idoso e essa comunicação deve incluir elementos verbais, não-verbais, visuais e auditivos. Para os idosos, que apresentam algum tipo de demência ou Doença de Alzheimer, essa comunicação pode estar bastante comprometida.

Grande parcela da população idosa apresenta algum tipo de deficiência na escuta, determinando dificuldades em entender mensagens. A diminuição ou perda da visão também prejudica a comunicação (MENDES; VALENTE, 2005). A falta de dentes, a ausência ou a má adaptação de dentadura também dificulta a emissão de mensagens.

A memória também é um fator importante para a comunicação, porém o idoso pode apresentar dificuldade em recordar as palavras, dificultando a sua expressão. Algumas doenças que podem afetar a comunicação são: AVC, hipertensão arterial, enfarte, doenças mentais e demências (MENDES; VALENTE, 2005).

Necessidade de criatividade

Necessidade de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se, ou seja, de vir a ser (BENEDET; BUB, 2001). A criatividade refere-se ao novo, podendo significar um achado para solucionar problemas além do que já é conhecido (POTTER; PERRY, 1999).

Em todas as pessoas, independente da faixa etária, a criatividade existe, está presente, porém nas pessoas idosas essa característica manifesta-se melhor em uma sociedade que oportuniza, estimula e retribui.

Necessidade de aprendizagem (educação em saúde)

Necessidade de adquirir conhecimentos e/ou habilidades para poder responder a uma situação nova ou já conhecida, objetivando a aquisição de comportamentos saudáveis e a manutenção da saúde (BENEDET; BUB, 2001).

A aprendizagem é a aquisição de um conhecimento ou de uma habilidade nova. A capacidade da mente em aprender e reter informações novas permanecem inalteradas com o envelhecimento e, particularmente, quando a mente é estimulada pelo uso regular (ROACH, 2003).

Com a idade, ocorre um declínio na capacidade de resolução de problemas complexos e os idosos necessitam ser motivados para aprender. Os déficits na audição e na visão também podem afetar o aprendizado. Por isso um dos cuidados essenciais aos idosos internados torna-se o fato de quando falar com eles, orientá-los, levando em consideração: não dar muitas informações ao mesmo tempo, ter certeza de que houve entendimento da mensagem e escrever as informações, em letras grandes e coloridas, pode ser muito útil.

Necessidade gregária

Necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros indivíduos e realizar trocas sociais (BENEDET; BUB, 2001). Tanto os períodos de interação social quanto os de isolamento, são responsáveis pelo crescimento e satisfação pessoal.

Com a interação social temos a oportunidade de experimentar uma variedade de sentimentos. Desenvolvemos as facetas sociais e emocionais e nos conectamos à vida. Já o isolamento proporciona o afastamento dos estímulos do mundo social, permitindo-nos refletir e revigorar o eu social e psicológico (ELIOPOULOS, 2005).

O processo de envelhecimento provoca modificações que interferem na forma como o indivíduo interage com os outros, muitas vezes contribuindo para o seu isolamento. O idoso deve ser auxiliado para que possa manter um equilíbrio saudável entre o isolamento e a interação social.

Necessidade de recreação/lazer

Necessidade de utilização da criatividade para a produção e a reprodução de idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se (BENEDET; BUB, 2001).

No dia-a-dia da instituição hospitalar, observa-se que a maioria dos idosos não apresenta atividades de recreação ou a apresentam de maneira deficiente. Distrair-se é uma necessidade de todo o indivíduo e quem se diverte com atividades agradáveis, com a finalidade de descontrair-se física e psicologicamente, satisfaz essa necessidade.

As pessoas idosas devem ter suprida a necessidade de realizar as atividades recreativas, dentro de suas capacidades funcionais. Muitas atividades recreativas exigem coordenação, destreza e força muscular e os idosos têm dificuldade em praticar suas atividades habituais deslocando, muitas vezes, o foco físico para o foco intelectual (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Dentre os aspectos negativos da velhice, pode-se citar a auto-rejeição ao envelhecimento, a ausência de preparo para a aposentadoria, a ocupação do tempo livre de maneira inadequada e a dificuldade de convivência com seus pares e com os mais jovens (BODACHNE, 1995).

Para os idosos hospitalizados algumas atividades de recreação/lazer podem ser: assistir televisão; ouvir rádio; ler ou folhear revistas; conversar com o acompanhante/cuidador, com os outros doentes e visitantes.

Necessidade de espaço

Necessidade de delimitação do ambiente físico, ou seja, expansão ou retração com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade (BENEDET; BUB, 2001). Toda pessoa, incluindo a idosa, necessita de um espaço para si mesma onde tenha privacidade, segurança e conforto. Não precisa ser necessariamente uma casa, pode ser um quarto, um lugar apropriado em que possa guardar seus pertences e objetos pessoais (SMELTZER; BARE, 2002).

Durante a hospitalização em um serviço público de saúde, onde existem vários leitos em uma enfermaria e ainda a presença de alguns familiares acompanhantes, fica complicada a garantia da necessidade de espaço para uma pessoa idosa.

Necessidade de orientação no tempo e no espaço

Necessidade de consciência do ambiente físico de um indivíduo com relação ao tempo, local e identidade de outras pessoas (ANDERSON; ANDERSON, 2001 apud PORTO, 2004). Esse aspecto é de fundamental importância a ser observado em idosos, pois as doenças que os acometem e as vulnerabilidades em que se encontram, acabam expondo-os com maior facilidade, à desorientação em relação ao tempo e ao espaço. Faz-se importante que toda pessoa possa identificar não apenas o local onde se encontra como também a sua situação no tempo. Em idosos, torna-se comum a desorientação, favorecendo as falhas na noção de tempo e de espaço (PORTO, 2004).

Nas hospitalizações torna-se interessante o uso de calendários coletivos e ao visitar o idoso, mantê-lo atualizado, com perguntas do tipo: que dia da semana é hoje? Em que mês estamos? E outras relacionadas à orientação espaço-temporal.

Necessidade de aceitação

Necessidade de ter sentimentos e emoções em relação ao próximo objetivando a aceitação e integração aos grupos, fazer amigos e ter família (BENEDET; BUB, 2001). A aceitação é uma prática que exige muito das pessoas, pois requer que elas evitem a moralização e não façam julgamentos (PORTO, 2004).

Para os idosos, é necessário que tanto seus familiares e pessoas mais próximas como também a própria sociedade os aceitem, reconhecendo suas limitações surgidas das alterações decorrentes da idade e que possam respeitar suas histórias de vida, seus valores e hábitos culturais.

Necessidade de auto-realização

Necessidade de realizar-se ao máximo com a utilização de suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que se deseja ser (BENEDET; BUB, 2001).

A auto-realização é considerada o nível mais alto dentro da hierarquia das necessidades básicas formuladas por Maslow. Com a auto-realização, o indivíduo adquire uma personalidade madura e multidimensional, não se preocupando muito com a opinião dos outros sobre sua aparência, sobre sua qualidade no trabalho ou de que maneira resolve seus problemas (POTTER; PERRY, 1999).

A auto-realização provoca o amadurecimento e o crescimento, devendo ser vista como um direcionamento, e não como destino final (ATKINSON; MURRAY, 1989). A aposentadoria pode ser uma das oportunidades de desenvolvimento de outros talentos que não foram possíveis de realizar em outros tempos, trazendo a auto-realização, desde que o ser humano comece desde cedo a se preparar para esse evento, sendo uma forma eficaz poder participar de um Programa de Preparação para Aposentadoria (PPA).

Necessidade de participação

É o direito de concordar ou discordar, informar ou ser informado, delimitar e ser delimitado objetivando a sua liberdade e autonomia (BENEDET; BUB, 2001). Em idosos, essa necessidade pode ficar comprometida em decorrência das limitações

físicas, contribuindo para o seu isolamento. Ouvir o idoso sobre o que ele pensa da vida, de seu estado de saúde e opções de tratamento são maneiras de incentivar a participação dele no ambiente hospitalar.

Necessidade de auto-imagem

É o que cada um pensa a respeito de si mesmo e essa representação mental é construída a partir das representações que a pessoa tem sobre seu corpo, seus sentimentos e suas atitudes relacionadas com o seu corpo (SMELTZER; BARE, 2002). É a representação mental de si mesmo, construída pelas percepções que a pessoa tem sobre o seu próprio corpo. Em muitos idosos a auto-imagem pode estar prejudicada muitas vezes em consequência da própria sociedade que cultua o corpo jovem e perfeito.

Necessidade de atenção

Necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às outras pessoas, geralmente com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter família e amigos (BENEDET; BUB, 2001).

A família é considerada o habitat natural do ser humano. Nela, tendemos a ser mais naturais, mais nós mesmos, sem máscaras sociais. A família é realmente o ambiente ecológico do ser humano, seria o ambiente mais normal para a sua vida. Assim, a família torna-se importante em todas as etapas da vida, porém particularmente relevante em dois períodos polares: infância/adolescência e velhice. Em ambas as situações, a consideração do indivíduo como pessoa é a única forma de desenvolver, por um lado, e de manter, por outro, o equilíbrio afetivo e físico do ser humano, proporcionando seu desenvolvimento harmônico e natural, valorizando suas potencialidades de maneira global (SANTOS, 2001).

Para muitos idosos a convivência no lar não é sinônimo de satisfação, pois são vistos como um “fardo”, então a hospitalização torna-se um momento para receber atenção a equipe da saúde. No entanto observamos que muitos idosos vivem em lares harmônicos com relações sadias de troca entre pais, filhos e netos e estes, quando hospitalizados, ficam perguntando o tempo todo quando será sua alta hospitalar.

2.2.3. Necessidades Psicoespirituais

São as necessidades que se manifestam por meio dos questionamentos sobre o sentido da vida e sobre a dimensão espiritual (PORTO, 2004).

Necessidade religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

Necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual (BENEDET; BUB, 2001).

Todos os seres humanos são seres espirituais e têm necessidades espirituais. A realização espiritual ocorre quando a pessoa encontra um sentido na vida e sente-se realizada e satisfeita na vida. A religião fornece um sistema de valores e, por meio da associação com outras pessoas de crenças semelhantes, sendo um sistema de apoio (ROACH, 2003).

A religião é uma forma organizada de espiritualidade. Doenças, deficiências e morte podem fazer com que as pessoas reafirmem a sua espiritualidade, questionem ou busquem outros caminhos. Se a religião tem sido algo importante na vida do idoso desde a juventude e a meia-idade, provavelmente continuará sendo na velhice. Se a religião não foi importante antes da velhice, a espiritualidade pode ser buscada de outras formas (ROACH, 2003).

Durante a hospitalização torna-se importante considerar a religião do idoso internado e se possível providenciar visita de seu representante espiritual, estimulá-lo a visitar a capela, caso exista no hospital.

Figura 1: Modelo Esquemático do Estudo



O modelo esquemático do estudo, na Figura 1 representa o caminho que foi percorrido durante este trabalho na busca de atingir os objetivos propostos. Traz em seu primeiro plano a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, tendo como base os conceitos de: Enfermagem, Ser Humano, Saúde e Ambiente, conceitos estes que embasaram e nortearam esse estudo. Em segundo plano, as Necessidades Humanas Básicas afetadas no idoso como o Ser Humano focado, dentro do Ambiente de uma unidade hospitalar, que embasou toda a revisão de literatura, a elaboração dos instrumentos iniciais envolvidos na coleta dos dados, além da análise dos resultados. No terceiro plano SAE, representada pelo Histórico de Enfermagem, que resultou da identificação das principais Necessidades Humanas Básicas afetadas no idoso internado em um Hospital Universitário e originou o instrumento de coleta de dados, documento final, que dará início a SAE no local pesquisado. E no centro, o Idoso, foco principal do estudo.

3. CAMINHOS DA METODOLOGIA E RESULTADOS

A metodologia pode ser entendida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade ou ainda como sendo a articulação entre os conteúdos, os pensamentos e a existência” (MINAYO, 1997, p.16).

3.1 Tipo de estudo

Foi utilizado o Estudo Metodológico, tipo de pesquisa que investiga os métodos de obtenção, organização e análise dos dados através da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT; HUNGLER, 1999; PORTO, 2004).

Esse é o tipo de estudo que melhor pode dar conta de pesquisas que investem em validação e testagem de instrumentos voltados à implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Para Trentini e Paim (1999), a pesquisa metodológica tem como objetivo conduzir para o desenvolvimento de técnicas, métodos e instrumentos.

Na pesquisa metodológica o pesquisador concentra-se em elaborar um instrumento que seja capaz de medir, de maneira precisa, a satisfação das necessidades dos doentes submetidos ao atendimento de Enfermagem. Seu objetivo é elaborar um instrumento confiável, preciso e utilizável, o que pode ser utilizado por outros pesquisadores (POLIT; HUNGLER, 1999).

Este tipo de estudo é indispensável a qualquer disciplina científica, mas especialmente em campos de estudos relativamente novos e que lidam com fenômenos complexos, como, por exemplo, o comportamento ou a saúde de indivíduos (POLIT; HUNGLER, 1999) tal como ocorre na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Nesta dissertação foi utilizada a primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ou seja, o Histórico de Enfermagem.

Este estudo foi constituído de três fases: 1ª) construção do instrumento; 2ª) validação de conteúdo do instrumento construído. Essas duas etapas foram baseadas nos estudos desenvolvidos por Porto (2004); 3ª) testagem clínica do Histórico de Enfermagem nos idosos internados em uma clínica médica.

3.2 Fases da Pesquisa

3.2.1 Primeira Fase da Pesquisa: Construção do Instrumento Inicial (Escala Likert)

A partir da dissertação de Porto (2004), desenvolvi um instrumento com as Necessidades Humanas Básicas (NHB), com suas definições e manifestações:

1. Necessidades Psicobiológicas: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; mobilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção; percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; ambiente e terapêutica.
2. Necessidades Psicossociais: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e no espaço; aceitação; auto-realização; auto-estima; participação; auto-imagem e atenção.
3. Necessidades Psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Essas necessidades foram apresentadas numa escala do tipo Likert com itens numerados de um a cinco, os quais foram utilizados para medir o grau em que as manifestações das necessidades são importantes e necessárias para construir um outro instrumento que direcionará à avaliação de enfermagem no atendimento ao idoso internado em uma unidade hospitalar. Para os itens que foram colocados na escala foram designados os seguintes valores: 1= nunca necessário; 2= raramente necessário; 3= algumas vezes necessário; 4= muitas vezes necessário; 5= sempre necessário.

Esse instrumento foi entregue para dois enfermeiros docentes do Departamento de Enfermagem da FURG, para que fosse realizada uma avaliação. A idéia era retirar, principalmente, os termos repetidos e desconexos em relação ao tema. Após essa avaliação, o instrumento ficou constituído por dezessete páginas, contendo na primeira parte uma escala do tipo Likert, apresentando as 36 NHB, suas respectivas definições, e as 525 manifestações dessas necessidades quando afetadas no idoso (Apêndice A); e na segunda parte, os dados sócio-demográficos da amostra do estudo (Apêndice B).

Para Gil (1994), a escala Likert é a experiência de mensuração de atitudes com base numa escala de intervalos. É de elaboração simples e de caráter ordinal, medindo o quanto uma atitude é mais ou menos favorável.

3.2.2 Segunda Fase da Pesquisa: Validação de Conteúdo

Estudos metodológicos que testam instrumentos são úteis em pesquisa de observação, de intervenção e na prática clínica (PAPALÉO NETTO, 2006). Para que um instrumento de coleta de dados, neste caso, o Histórico de Enfermagem, seja efetivo é necessário que ele tenha a característica de validade, e se possível, mais de uma validade.

Podemos dizer que um instrumento destinado para avaliação é considerado válido quando, efetivamente, mede aquilo que o pesquisador se propõe a medir. Da mesma forma podemos considerar este instrumento como confiável quando as avaliações, mesmo que repetidas, possuam consistência (PAPALÉO NETTO, 2006).

A validade de conteúdo é o julgamento realizado para determinar se aqueles itens que foram pré-selecionados para medir uma construção teórica são capazes de representar tudo o que se quer medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 1999 apud PORTO, 2004).

Nesta segunda fase da pesquisa o objetivo foi realizar, com as enfermeiras docentes e assistenciais, a validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados para o atendimento do idoso internado em uma unidade de internação hospitalar. Esta segunda fase teve duas etapas.

1ª etapa: foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2006. Com a construção da escala likert (Apêndice B), na primeira fase da pesquisa, foi entregue a um grupo de enfermeiras, sendo doze enfermeiras assistenciais que atuam na instituição pesquisada há mais de um ano e que prestem cuidado ao idoso, e a quatro enfermeiras docentes que atuam no Departamento de Enfermagem da FURG, há mais de um ano, no ensino da Gerontologia, Enfermagem Fundamental, Saúde do Adulto (situação clínica e/ou cirúrgica), para que fosse feita a validação de conteúdo dos itens do instrumento de coleta de dados.

2ª etapa: foi realizada nos mês de outubro de 2006, com a construção do Histórico de Enfermagem (Apêndice C) e o envio para avaliação do conteúdo e da forma do instrumento pelo grupo de enfermeiras (Apêndice D).

A coleta de dados da primeira etapa foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2006, quando a escala likert (Apêndice B), construída na primeira fase da pesquisa, foi entregue a um grupo de 21 enfermeiras, das quais apenas dezesseis fizeram a devolução. Foi solicitado das enfermeiras que, levando em consideração o atendimento das Necessidades Humanas Básicas do idoso, opinassem marcando um (X) na alternativa do instrumento que representasse maior importância para o atendimento das Necessidades Humanas Básicas do idoso.

Participaram dessa etapa, conforme as características sócio-demográficas presentes no Quadro 2, treze mulheres e três homens, confirmando o maior número do gênero feminino na Enfermagem. As enfermeiras pesquisadas apresentam-se, com maior frequência, de 20 a 30 anos ou 41 a 50 anos de idade; mostrando a heterogeneidade etária (grupo muito jovem e grupo mais maduro) das investigadas. Quanto ao nível de formação na Enfermagem, prevaleceu a especialização. Em relação experiência profissional, acompanhando o grupo etário, foram mais frequentes entre 1 a 5 anos e entre 16 a 20 anos. Já na experiência vivenciada no cuidado ao idoso foi mais frequente de 1 a 5 anos, mostrando que é bem recente o aumento de pessoas idosas internadas em hospitais. Quanto à posição na Enfermagem, 12 enfermeiras exercem suas funções na assistência e quatro, na docência.

Características sócio-demográficas	especificações	total	%
Sexo	Feminino	13	81,25
	masculino	3	18,75
Idade	20 a 30	5	31,25
	31 a 40	2	12,5
	41 a 50	6	37,5
	mais de 51	3	18,75
Nível de formação na Enfermagem	Graduação	3	18,75
	Especialização	7	43,75
	Mestrado	3	18,75
	Doutorado	3	18,75
Anos de experiência como enfermeira	1 a 5	4	25
	6 a 10	3	18,75
	11 a 15	0	0
	16 a 20	4	25
	21 a 25	2	12,5
	mais de 26	3	18,75
Anos de experiência no cuidado ao idoso	1 a 5	10	62,5
	6 a 10	3	18,75
	11 a 15	0	0
	16 a 20	2	12,5
	21 a 25	1	6,25
	mais de 26	0	0

Posição na Enfermagem	Assistencial	12	75
	Docente	4	25

Quadro 2 – Descrição das características sócio-demográficas das enfermeiras que participaram da validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso internado em uma Unidade de Clínica Geral. Rio Grande, 2006.

Em seguida, de posse dos dezesseis instrumentos devolvidos, foi realizada a tabulação dos dados em uma planilha eletrônica, por meio do Excel, sendo calculada a média ponderada dos valores determinados pelo grupo para cada um dos itens do instrumento, considerando-se para esse cálculo os seguintes pesos: 1= 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = =0,75 e 5 = 1. Foram descartados todos os itens com média ponderada < 0,79. Os itens com média ponderada \geq 0,80 foram utilizados para montar o instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso.

Após a realização do cálculo descrito, para cada item do instrumento, foram excluídas das 36 Necessidades Humanas Básicas apresentadas por Horta, pelo fato de suas manifestações não terem alcançado média ponderada \geq 0,80, sendo elas: regulação eletrolítica, crescimento celular, criatividade, recreação/lazer, auto-realização, atenção, religiosa ou teológica ou de filosofia de vida, restando 33 necessidades com 223 manifestações, conforme pode ser visualizado no Quadro 3 .

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	MANIFESTAÇÕES DAS NECESSIDADES	MÉDIA PONDERADA
OXIGENAÇÃO	1. dispnéia	0,84
	2. freqüência respiratória	0,90
	3. obstrução das vias respiratórias	0,89
	4. cianose	0,92
NUTRIÇÃO	5. anorexia	0,85
	6. apetite diminuído	0,81
	7. dificuldades na mastigação	0,81
	8. dificuldades na deglutição	0,84
	9. dificuldade para deglutir	0,84
	10. estado nutricional	0,89
	11. fraqueza	0,89
	12. intolerância alimentar	0,81
	13. Necessidade de auxílio para alimentar-se	0,81
	14. Diminuição no nível de consciência	0,89
	15. Presença de sonda para alimentação	0,84
HIDRATAÇÃO	16. Alterações do turgor cutâneo	0,87
	17. Alterações na temperatura da pele	0,81
	18. Confusão mental	0,82
	19. Dificuldade de engolir	0,81
	20. Presença de edema	0,82
ELIMINAÇÃO	21. Anúria	0,82
	22. Constipação	0,89
	23. Hábitos intestinais	0,89
	24. Hábitos urinários	0,89

		25. Incontinência urinária	0,81
		26. Oligúria	0,82
		27. Padrão de eliminação urinária	0,87
		28. Padrão de eliminação fecal	0,87
		29. Retenção urinária	0,85
		30. Urgência em urinar	0,81
		31. Quantidade e qualidade da ingesta alimentar e hídrica	0,87
		32. Freqüência das evacuações	0,87
		33. Consistência, forma e aspecto das fezes	0,90
		34. Dificuldade e esforço para evacuar	0,82
SONO	E	35. Uso de sedativos	0,82
REPOUSO		36. Hábitos de sono	0,85
		37. Inatividade	0,81
		38. Problemas para adormecer	0,82
		39. Insônia	0,87
		40. Total de horas requeridas para o sono	0,84
EXERCÍCIOS	E	41. Apresenta incapacidade grave	0,93
ATIVIDADES		42. Apresenta incapacidade moderada	0,92
FÍSICAS		43. Atividade motora diminuída	0,92
		44. Dor ao movimento	0,89
		45. Inatividade	0,81
		46. Movimenta adequadamente todas as partes do corpo	0,84
		47. Partes do corpo que não movimenta bem	0,85
		48. Coordenação prejudicada	0,85
		49. Incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito	0,92
		50. Fadiga ou fraqueza	0,89
SEXUALIDADE		51. Isolamento	0,84
		52. Uso de medicamentos que afetam a libido: anti-hipertensivo, tranqüilizantes, antidepressivos.	0,81
ABRIGO		53. Figura do cuidador	0,85
		54. Presença de instalações especiais para atender o idoso	0,87
		55. Risco para ferimentos	0,85
		56. Risco para quedas	0,92
		57. Tem um ambiente protegido e próprio	0,90
MECÂNICA		58. Alterações na postura	0,84
CORPORAL		59. Alterações no alinhamento da coluna e articulações	0,81
		60. Deformidades anatômicas	0,81
		61. Distúrbios da marcha	0,85
		62. Perturbações no controle postural	0,81
		63. Postura correta	0,84
		64. Realiza atividades da vida diária	0,87
MOTILIDADE		65. Aumento do risco para queda e lesões	0,92
		66. Comprometimento do equilíbrio corporal	0,84
		67. Distúrbio da marcha	0,82
		68. Independência para caminhar	0,93
		69. Marcha com dependência física de outra pessoa	0,92
		70. Necessita de ajuda para se deslocar	0,93
		71. Perda da função motora	0,92
CUIDADO		72. Capacidade para o autocuidado	0,93
CORPORAL		73. Capaz de arrumar-se	0,84
		74. Capaz de banhar-se	0,84
		75. Capaz de vestir-se	0,84
		76. Condições de higiene pessoal	0,90
		77. Independência nas atividades de vida diária	0,87
		78. Necessita de ajuda para realizar o cuidado corporal	0,89
		79. Realiza atividades com o objetivo de preservar seu	0,89

	asseio corporal	
INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA	80. Cianose	0,93
	81. Diminuição do suprimento sanguíneo	0,87
	82. Edema	0,90
	83. Hematomas	0,81
	84. Imobilidade prolongada	0,85
	85. Pressão prolongada	0,85
	86. Sensibilidade dolorosa	0,81
	87. Úlceras de decúbito	0,92
INTEGRIDADE FÍSICA	88. Características da pele	0,84
	89. Presença de lesões	0,92
REGULAÇÃO TÉRMICA	90. Alteração no sistema de termorregulação	0,90
	91. Cianose	0,92
	92. Confusão mental	0,90
	93. Necessidade de agasalho	0,90
	94. Pele fria	0,81
	95. Temperatura corporal	0,93
	96. Tremores	0,85
REGULAÇÃO HORMONAL	97. Alterações cardiovasculares	0,92
	98. Presença de dor, assimetria dos mamilos e nódulos nas mamas e axilas	0,84
	99. Pesquisar gânglios aumentados	0,87
	100. Presença de doenças no sistema endócrino	0,84
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	101. Alteração da memória	0,90
	102. Amnésia parcial	0,81
	103. Confusão mental	0,82
	104. Crises convulsivas	0,82
	105. Decréscimo nos reflexos e atividades motoras	0,84
	106. Delírios	0,81
	107. Desorientações	0,87
	108. Dormência ou alteração na mobilização de alguma parte do corpo	0,87
	109. Nível de consciência	0,92
	110. Orientação no tempo e espaço	0,92
	111. Presença de cefaléia	0,87
	112. Tremores de extremidades	0,84
REGULAÇÃO HIDROSSALINA	113. Débito urinário	0,93
	114. Edema	0,85
	115. Fraqueza muscular	0,87
	116. Ingestão de eletrólitos e água	0,87
	117. Mudanças de estado mental	0,89
	118. Mudanças de temperatura	0,90
	119. Mudanças na pressão arterial	0,92
	120. Mudanças no pulso	0,92
	121. Náusea	0,81
	122. Vômitos	0,82
IMUNOLÓGICA	123. Aceitação da terapêutica indicada	0,85
	124. Problemas relacionados a alergias	0,84
	125. Susceptibilidade a infecções	0,84
VASCULAR	126. Características do pulso	0,93
	127. Coloração da pele e extremidades	0,95
	128. Doenças cardiovasculares	0,90
	129. Doenças cérebro-vasculares	0,87
	130. Perfusão periférica	0,90
	131. Pressão arterial	0,96
	132. Pulso	0,96
LOCOMOÇÃO	133. Atrofia de membros superiores e inferiores	0,87

	134. Deformidade de membros inferiores	0,81
	135. Dificuldade para deambular	0,87
	136. Dificuldade para locomoção	0,89
	137. Edema de membros superiores	0,84
	138. Hemiplegia	0,87
	139. Necessidade de ajuda para deambular	0,90
	140. Necessidade de ajuda para locomover-se	0,92
	141. Paralisia	0,85
	142. Paraplegia	0,84
PERCEPÇÃO: OLFATIVA, VISUAL, AUDITIVA, TÁTIL, GUSTATIVA DOLOROSA	143. Afasia	0,85
	144. Comportamento não-verbal da dor	0,84
	145. Condições da audição	0,87
	146. Condições da gustação	0,85
	147. Condições da visão	0,85
	148. Condições do tato	0,84
	149. Defeitos visuais	0,82
	150. Dificuldade de comunicação	0,82
	151. Dificuldade em pronunciar palavras	0,81
	152. Presença de dor (localização, frequência, tipo)	0,92
	153. Sensação tátil comprometida	0,81
	154. Sensibilidade à dor	0,85
SEGURANÇA	155. Ambiente seguro	0,89
	156. Confiança	0,85
	157. Estabilidade e independência	0,85
	158. Experiência negativa com tratamento de saúde anterior	0,84
	159. Falta de conhecimento	0,84
	160. Falta de privacidade	0,90
	161. Medo da morte	0,82
	162. Medo das conseqüências das doenças	0,84
	163. Medo do sofrimento	0,82
	164. Proteção	0,84
	165. Risco para acidentes	0,87
	166. Risco para quedas	0,90
	167. Solidão	0,82
	168. Uso de campainha	0,82
AMOR	169. Agitação	0,82
	170. Agressividade	0,82
	171. Ansiedade	0,84
	172. Apatia	0,84
	173. Dependência	0,84
	174. Depressão	0,82
	175. Diminuição ou aumento da motricidade	0,81
	176. Dor	0,90
	177. Inconstância no equilíbrio do humor	0,82
	178. Prostração	0,82
AUTO-ESTIMA	179. Dependência dos familiares e amigos	0,87
	180. Depressão	0,89
	181. Independente dos familiares e amigos	0,81
	182. Isolamento	0,82
	183. Não aceitação de sua condição de saúde	0,81
	184. Uso de óculos, aparelho auditivo	0,84
LIBERDADE	185. Dependente dos familiares e amigos	0,84
	186. Independente dos familiares e amigos	0,82
	187. Participação no plano terapêutico	0,89
	188. Sugestão de alternativas para o plano de cuidados	0,81
COMUNICAÇÃO	189. Dificuldade de organizar o pensamento	0,81
	190. Distúrbio na fala	0,81

	191. Esquecimentos	0,82
	192. Tipo da expressão da mensagem (verbal, escrita, gestos, olhar)	0,87
	193. Uso da linguagem não-verbal	0,87
APRENDIZAGEM (EDUCAÇÃO À SAÚDE)	194. Conhecimento do seu estado de saúde	0,85
	195. Déficits de memória	0,92
	196. Desejo de adotar comportamento para elevar o nível de saúde	0,82
	197. Estado físico	0,82
	198. Motivação	0,82
	199. Não adesão ao regime terapêutico	0,84
	200. Situações que interferem na não adesão do regime terapêutico	0,85
	GREGÁRIA	201. Afastamento do convívio social
202. Bom relacionamento no lar		0,81
203. Presença de visitas		0,84
ESPAÇO	204. Conforto no ambiente	0,85
	205. Espaço para si mesmo	0,84
	206. Privacidade	0,90
	207. Segurança	0,90
ORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO	208. Avaliação da orientação têmporo-espacial (tempo e local onde se encontra)	0,93
	209. Grau de lucidez	0,93
	210. Nível de vigilância	0,90
	211. Orientação alopsíquica (em relação à identificação com os outros)	0,84
	212. Orientação auto-psíquica (identificação de si mesmo e a coordenação do próprio esquema corporal)	0,87
	213. Respostas desconexas	0,85
ACEITAÇÃO	214. Manifestação de carência afetiva	0,85
PARTICIPAÇÃO	215. Aceitação das normas	0,84
	216. Participação no plano terapêutico	0,85
	217. Restrição da liberdade	0,81
AUTO-IMAGEM	218. Sentimentos e atitudes relacionadas com seu corpo	0,82
	219. Necessita ser acolhido	0,81
	220. Necessita ser compreendido	0,85
	221. Necessita ser ouvido	0,87
	222. Necessita ser respeitado	0,89
	223. Necessita ser aceito e integrado aos grupos	0,81

Quadro 3 – Distribuição das Necessidades Humanas Básicas e suas manifestações, segundo a média ponderada a partir do julgamento das enfermeiras sobre a importância dessas manifestações para a construção de instrumento de coleta de dados para o atendimento ao idoso internado em um Hospital Universitário. Rio Grande – RS, 2006.

A partir dos resultados dessa primeira etapa, da identificação das Necessidades Humanas Básicas e de suas manifestações, que obtiveram uma média ponderada $\geq 0,80$ entre as enfermeiras, foi realizada a segunda etapa, no mês de outubro de 2006, com a construção do Histórico de Enfermagem (Apêndice C) e envio para uma segunda avaliação da forma e do conteúdo do instrumento pelo grupo de enfermeiras (Apêndice D).

Para que a enfermeira planeje de forma adequada o cuidado de Enfermagem ao idoso é necessário que ela utilize um Histórico de Enfermagem adequado. Assim,

a aplicação do Histórico de Enfermagem pode ser considerada uma etapa fundamental na utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

De acordo com Virgínio e Nóbrega (2004), o Histórico de Enfermagem pode ser considerado como fundamental para todo o desenvolvimento da SAE. Todo o planejamento da assistência dependerá da objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados serão coletados.

O Histórico de Enfermagem marca o início da relação enfermeira e doente, nesse caso, enfermeira e idoso, e tem por objetivo o conhecimento dele e a busca de informações que possibilitem a continuidade do Processo de Enfermagem ou SAE (CARRARO, 2001 apud VIRGÍNIO; NÓBREGA, 2004).

O Histórico de Enfermagem é, então, a primeira fase da SAE, na qual ocorre o levantamento de dados do ser humano para a identificação de seus problemas (HORTA, 1979).

Acredito que apenas uma avaliação tradicional, com história, exame físico e dados laboratoriais não é capaz de fornecer à enfermeira os dados necessários para a execução do plano de cuidados direcionado ao idoso. Podemos utilizar instrumentos de avaliação padronizados para medir aspectos do estado funcional e psicossocial, complementando a avaliação tradicional.

Um Histórico de Enfermagem que contemple a avaliação funcional, cognitiva, afetiva e social faz com que a enfermeira seja capaz de observar a capacidade do idoso em realizar as atividades da vida diária (AVD) e das funções cognitivas, sociais e afetivas (LUECKENOTTE, 2002).

Para a construção do Histórico de Enfermagem lançamos mão da literatura especializada na área de enfermagem gerontogeriátrica e de acervos da gerontologia e da geriatria, para a escolha do formato e estrutura desse instrumento. A grande maioria dos instrumentos que são utilizados para realizar a avaliação do idoso inclui os seguintes aspectos: caracterização geral do idoso, história clínica, revisão geral dos sistemas, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, hábitos e vícios, sono e repouso, exame físico, avaliação do estado mental com minixame do estado mental, escala de depressão, escala de atividades física e instrumental da vida diária e espaço para anotações e impressões do entrevistador.

Optamos pela adoção dos mesmos critérios para a construção do Histórico para o atendimento ao idoso, nos quais foram distribuídas as 223 manifestações das NHB que alcançaram um índice da média ponderada $\geq 0,80$. O instrumento de

coleta de dados para o atendimento ao idoso ficou constituído de sete partes, assim determinadas: 1) Identificação, 2) Condições gerais, 3) Avaliação funcional, incluindo as atividades da vida diária básicas, instrumentais e avançadas, 4) Avaliação cognitiva, 5) Avaliação sócio-familiar, 6) Avaliação das necessidades humanas básicas; 7) Outras informações de interesse da enfermeira.

3.2.2.1. Descrição do Instrumento de Coleta de Dados para o atendimento ao idoso

A primeira parte do instrumento corresponde à **Identificação**, na qual serão coletados dados que irão auxiliar a enfermeira a caracterizar o idoso, e que ficou constituída dos seguintes itens: Nome, Idade, Sexo, Escolaridade, Estado Civil, Profissão/ocupação, Religião e Endereço. Lembro que esse item não contém nenhuma das manifestações de necessidades identificadas como importantes pelo grupo de enfermeiras para fazer parte do instrumento.

As enfermeiras devem registrar esses itens conforme as seguintes orientações. No nome é preciso registrar a denominação completa, sem abreviaturas, com letra legível, anotar sempre o registro, a enfermaria e o leito do idoso. No estado civil, utilizar as denominações: casado, quem tem estado civil casado; desquitado, separado e divorciado, quem tem estado homologado por decisão judicial; viúvo; solteiro; e união consensual, quem vive em companhia de cônjuge com quem não estabeleceu casamento formal. Na religião, registrar a que foi mencionado pelo doente no momento da entrevista. Na escolaridade, anotar se analfabeto, se cursou o primeiro, segundo ou terceiro graus completos ou incompletos, ou ainda se sabe ler ou escrever com dificuldades. Deve-se anotar, também, a profissão e a ocupação atual, além da naturalidade e procedência. No endereço, registrar o local onde ele ou ela mora, rua, número, bairro e ponto de referência. Anotar, também, o número do telefone, quando possível, para facilitar a comunicação entre equipe de saúde e família.

A segunda parte do instrumento **Condições gerais**, ficou constituída dos seguintes itens: pressão arterial, temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratórias, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e outras que foram apresentadas como manifestações das Necessidades de Oxigenação, Regulação térmica, hidrossalina e vascular, Aprendizagem (educação à saúde). Para o registro

desses itens, a enfermeira precisa: medir e registrar pressão arterial, temperatura axilar, pulso, ritmo respiratório e, se necessário, nos indivíduos com alterações da atividade cardíaca verificar a pressão arterial nos membros superiores direito e esquerdo, comparando os valores.

A terceira parte ficou constituída pela **Avaliação funcional**, na qual é avaliada a capacidade de realizar as Atividades da Vida Diária (básicas, instrumentais e avançadas) e, também, são incluídas as manifestações das seguintes necessidades: Nutrição, Eliminação, Mecânica corporal, Exercícios e atividades físicas, Motilidade, Cuidado Corporal, Locomoção, Liberdade, Gregária e Ambiente.

A avaliação funcional é um procedimento essencial para a assistência ao idoso, contribuindo para o alcance de alguns objetivos, entre eles: contribuir para que a enfermeira identifique e utilize os recursos adequados; utilizar uma abordagem sistemática capaz de avaliar os déficits das pessoas idosas que, muitas vezes, acabam passando despercebidos; proporcionar condições para avaliação do progresso e deterioração que possa acontecer com o passar do tempo e subsidiar meios para que a enfermeira avalie a capacidade do idoso de viver só e com segurança (NETTINA, 1998).

A avaliação clínica da pessoa idosa não pode estar separada da avaliação funcional. A avaliação funcional irá determinar as limitações, a extensão das incapacidades no idoso, quantificar e expandir o grau de risco para que sejam planejadas ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação (PORTO, 2004).

As atividades da vida diária são as competências que representam a capacidade ou o potencial para realizar de modo adequado as atividades consideradas essenciais para que o idoso possa ter uma vida independente. Elas desenharam a capacidade do idoso com relação ao seu autocuidado (LUECKENOTTE, 2002). Isso justifica a inclusão, no instrumento, de uma escala de avaliação da capacidade funcional, pois a avaliação dessas atividades irá demonstrar a autonomia e a independência do idoso.

No instrumento, é necessário determinar o nível de dependência para realizar as atividades básicas e instrumentais, que pode ser: 1- quando o idoso realiza a atividade sozinho; 2- quando ele precisa de ajuda e 3- quando ele não consegue realizar e necessita que alguém faça por ele.

Nas atividades da vida diária básicas são avaliadas as capacidades para se alimentar, banhar, vestir, higienizar, controlar a eliminação de urina e fezes, deambular e locomover.

Nas atividades instrumentais da vida diária é avaliada a capacidade do idoso para fazer compras, preparar comida, cuidar da casa, usar meios de transporte, tomar sua medicação e cuidar de suas finanças. As atividades instrumentais de vida diária são as habilidades que o idoso possui para administrar o seu ambiente, reafirmando a importância dessas informações para a determinação de como a família ou cuidador deve agir durante a execução dessas tarefas (PORTO, 2004).

Nas atividades da vida diária avançadas é necessário marcar a alternativa que corresponda à resposta do idoso, no que diz respeito à participação em grupos sociais e em grupos religiosos, como também preencher como o mesmo ocupa seu tempo livre e descrever o tipo, o local e a frequência das atividades de lazer e de recreação, caso respondam sim.

A quarta parte do instrumento diz respeito à **Avaliação cognitiva**, em que foram incluídas as manifestações das seguintes necessidades: Regulação neurológica, Orientação no tempo e espaço e Aprendizagem.

Durante a avaliação cognitiva é realizado um levantamento das deficiências funcionais e das alterações nas funções do sistema nervoso central. Tais alterações atingem principalmente a capacidade intelectual do indivíduo, com conseqüências progressivas, podendo comprometer seus relacionamentos, sua afetividade, sua personalidade e sua conduta (CANÇADO; HORTA, 2002).

Com a avaliação cognitiva verifica-se a habilidade que uma pessoa tem para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando sua história de vida e suas expectativas, além de utilizar como parâmetros, informações normativas e a faixa de variabilidade e desempenho de indivíduos normais naquela população. A maior sobrecarga para a família e cuidadores dos idosos é a perda de sua autonomia quando se instalam as doenças que causam demência cognitiva (VIEIRA; KOENIG, 2002 apud PORTO, 2004).

O objetivo da avaliação cognitiva é detectar alterações na função mental, da memória, da percepção, da comunicação, da compreensão de cálculos, da orientação, da resolução de problemas, da linguagem dos processos de pensamento e outros (NETTINA, 1998). As demências, incluindo a Doença de Alzheimer, e as

depressões são algumas das doenças comuns e que mais agravam o estado de saúde mental durante o envelhecimento.

Nesse instrumento, a avaliação da função cognitiva ficou constituída das seguintes partes: Memória – dia de hoje, dia da semana, idade, dia/mês/ano do nascimento; Orientação – local onde se encontra e endereço; Aprendizagem – conhecimento do seu estado de saúde; Informações sobre fatos cotidianos – nome do presidente do Brasil e nome do prefeito de sua cidade e Capacidade de cálculo – contar de três em três e realizar cálculos simples.

A quinta parte do instrumento contém a **Avaliação da situação sócio-familiar**, em que foram incluídas as manifestações das seguintes necessidades: Abrigo, Segurança, Liberdade, Gregária e Liberdade, que ficou composta dos seguintes itens: com quem o idoso reside, quantas pessoas vivem com ele, quem são essas pessoas, se existe um responsável pelo cuidado, se existe um bom relacionamento no lar, se depende dos familiares e amigos e se deseja ou não receber visitas.

A sexta parte do instrumento foi constituída pela **Avaliação das necessidades humanas básicas**, em que foram incluídas as manifestações das seguintes necessidades: Oxigenação, Nutrição, Hidratação, Eliminação, Sono e repouso, Exercícios e Atividade física, Sexualidade, Integridade cutâneo-mucosa, Integridade física, Imunológicas, Percepção, Abrigo, Segurança, Espaço, Amor, Auto-estima e Auto-imagem.

Na avaliação da necessidade de oxigenação, foram incluídos os itens: dispnéia, obstrução das vias respiratórias e cianose.

Na necessidade de nutrição/hidratação, foram incluídos os itens: peso, que deve ser anotado em quilogramas; altura, em centímetros, deve ser medida sem sapatos; anorexia; diminuição do apetite; alterações na mastigação e deglutição; presença de sonda para alimentação; alterações no turgor cutâneo e edema.

Na necessidade de eliminação, foram incluídos os itens: hábitos intestinais e urinários, anotando a freqüência e características; anúria; oligúria; constipação e dificuldade e esforço para evacuar.

Na necessidade de Sono e repouso/Exercícios e Atividade física: hábitos de sono; problemas para adormecer; uso de sedativos, anotando quais; insônia; se apresenta incapacidade moderada para atividade e qual; se apresenta incapacidade grave para a atividade e qual; se apresenta atividade motora diminuída, se

apresenta dor ao movimento; inatividade; fadiga; se movimenta adequadamente todas as partes do corpo; partes do corpo que não movimenta bem; coordenação prejudicada; incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito; alterações na postura; alterações no alinhamento da coluna; distúrbios na marcha; presença de hemiplegia, paraplegia e paralisia; risco para quedas e se necessita de ajuda para deambular/deslocar-se.

Na necessidade de sexualidade: isolamento e uso de medicamentos que afetam a libido – anti-hipertensivos, tranqüilizantes e anti-depressivos.

Na integridade cutâneo-mucosa/integridade física: pele hidratada; pele fria; pele pálida; pele hiperemiada; edema, anotando a localização; prurido; cianose periférica, presença de lesões/ferimentos, anotando tipo e local; presença de escaras, anotando local e estágio ou grau.

Na necessidade imunológica: alergias e suscetibilidade às infecções. Na percepção, foram incluídos os itens: visão (perda da visão, secreções oculares, dificuldades para enxergar, uso de óculos, uso de lentes); audição (surdez, utilização de prótese, zumbido, secreções, dificuldade de comunicação/pronunciar palavras); paladar (preservado, diminuído, ausente); tato (sensibilidade tátil, sensibilidade à dor, apresenta dor).

Na última parte do instrumento denominada de **Outras informações de interesse da enfermeira**, ficou reservado um espaço para anotações de outros dados de interesse da enfermeira, no qual podem ser incluídas manifestações de necessidades humanas básicas observadas no idoso e não contempladas no instrumento.

O instrumento descrito foi então enviado a todas as enfermeiras que participaram da primeira etapa deste estudo, solicitando que as mesmas o lessem atentamente e dessem suas opiniões no que diz respeito à forma e ao conteúdo. Dos dezesseis instrumentos encaminhados, dez foram devolvidos.

No que se refere à forma e ao conteúdo do instrumento, todas as enfermeiras foram unânimes em afirmar que o mesmo apresentava-se objetivo e aplicável ao atendimento ao idoso internado em um Hospital Universitário, além das observações para alguns itens foram apresentadas algumas sugestões. Tais informações e sugestões ficaram explícitas nos comentários das enfermeiras, que passo a relatar.

Quanto à avaliação da forma, elas afirmaram ser o mesmo objetivo, prático, conciso, de fácil compreensão e utilização, de acordo com uma seqüência lógica das informações.

Quanto à avaliação de conteúdo, no item condições gerais, as enfermeiras relataram possuir informações suficientes para identificar o sujeito idoso, individualizando-o durante a coleta de dados. Afirmam, ainda, que o instrumento possui dados básicos para a identificação do idoso. Foi sugerido acrescentar a unidade, o número da enfermaria e o leito do idoso.

Em relação às condições gerais, relataram que os dados contemplados são importantes para o acompanhamento da Enfermagem e para a avaliação do estado do idoso (se regular, estável ou grave), além de destacarem a importância do espaço para as DCNTs, pois assim é possível manter um plano de cuidados de acordo com as patologias. Afirmam que ficou rápido e prático preenchê-lo, dando uma sinalização acerca de eventuais agravos crônicos que possam afetar a qualidade de vida do idoso. Foi sugerido excluir desta parte os sinais vitais porque já existe, no leito, uma planilha de controle. No entanto, acredita-se que a verificação dos sinais vitais faz parte de um bom e completo exame físico, por esse motivo optou-se por mantê-los.

Afirmaram que a avaliação funcional contempla todos os itens, apresentando qualidade no objetivo final. Relataram ser bem direcionada, com praticidade na forma de coleta, além de fornecer informações de como o idoso se relaciona fora da instituição hospitalar. Elas acreditam que a avaliação funcional seja necessária para que a Enfermagem saiba se o idoso necessita de ajuda e que tipo de ajuda.

Na avaliação cognitiva os dados foram avaliados como pertinentes, porém foi salientado que a enfermeira deve ter o bom senso de situar o contexto geográfico e cultural do idoso, pois com freqüência são recebidos idosos de zonas urbanas e rurais ou com baixo nível educacional.

Na avaliação sócio-familiar, destacaram ser pertinente, para avaliar a presença de eventuais conflitos familiares, a omissão no acompanhamento do idoso e o preenchimento de endereços inexistentes.

No item destinado às impressões da(o) enfermeira(o), foi julgado importante um local para que possa ser feita essa avaliação pessoal e subjetiva da enfermeira, além de oportunizar o registro de dados não contemplados no questionário.

Entre outras sugestões/solicitações, foi pedido o acréscimo de um item que contemplasse: a viuvez; as condições circulatórias, relacionada com edema de membros inferiores; a sexualidade, por ter ficado muito restrita; nas condições imunológicas o estado vacinal; na percepção do paladar o uso de prótese dentária. Percebi a falta de alguns desses itens, mas foi preciso respeitar a opinião das enfermeiras que não consideraram nem uma das manifestações dessas necessidades como importantes para serem incluídas no instrumento, ou seja, tais itens não alcançaram a média ponderada estabelecida na metodologia. Para este caso, ou similares, cabe lembrar que existe um espaço para que a enfermeira registre dados importantes, que não estejam contemplados no roteiro deste instrumento.

A partir dos resultados dessa etapa da pesquisa, foi realizada uma revisão no instrumento de coleta de dados, sendo acrescentada às sugestões apresentadas, o que resultou em sua versão final (APÊNDICE E).

3.2.3 Terceira Fase da Pesquisa: Testagem Clínica do Histórico de Enfermagem

A terceira fase da pesquisa constituiu-se na aplicação clínica do Histórico de Enfermagem, realizada pela pesquisadora, com idosos na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da FURG, no município de Rio Grande, RS, por ser o local onde a pesquisadora atua como enfermeira e de onde, prioritariamente surgem suas dúvidas e inquietações.

Essa fase teve como objetivo verificar a adequação do instrumento na prática. Nessa fase, foram anotadas as dificuldades que surgiram durante a aplicação do instrumento, como também, o tempo gasto na sua aplicação.

Os aspectos éticos preconizados na Resolução N° 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL-MS, 1996), foram atendidos pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo idoso ou responsável nesta etapa da pesquisa (Apêndice F). Essa fase foi desenvolvida no mês de novembro de 2006, quando foi realizada a aplicação do Histórico de Enfermagem a dez idosos internados na UCM do HU/FURG.

Com a aplicação, na prática, desse instrumento, foi possível confirmar as opiniões das enfermeiras a respeito dele, pois apresenta conteúdo claro, é de fácil compreensão, não permitindo respostas dúbias. Em média, foram gastos 20 minutos

para o preenchimento do mesmo, não sendo observado nem relatado incômodo por parte dos idosos.

Apesar de saber que o objetivo dessa fase era apenas verificar a adequação do instrumento à prática foi possível observar que, através dos dados coletados, pode-se obter a identificação de Diagnósticos de Enfermagem para posterior implantação de um Plano de Cuidados. Tal fato confirma que esse Histórico de Enfermagem pode ser um facilitador para uma posterior implantação da SAE não apenas nessa unidade de internação como em toda a instituição hospitalar.

3.3 Questões éticas envolvidas no estudo

Após ter aprovada a autorização da instituição para realização do estudo (Apêndice G), foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS), da FURG, respeitando os aspectos éticos e a Resolução nº 196/96 que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a aprovação deste projeto pelo CEPAS, sob nº do processo 038/2006 (Anexo A), foi iniciada a coleta de dados, respeitando os aspectos éticos através da elaboração dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e F, por tratar-se de sujeitos diferentes), nos quais os sujeitos da pesquisa foram informados sobre a finalidade da pesquisa, do sigilo quanto a sua identidade, da privacidade quanto as suas informações e da liberdade de deixar de participar do estudo sem nenhum constrangimento ou prejuízo, em qualquer etapa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado ao idoso apresenta uma linguagem mais simples e letras maiores para facilitar a sua leitura ou a leitura por seu familiar/cuidador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo foi possível atingir os objetivos iniciais, pois foi realizada a construção de um instrumento de coleta de dados com o idoso internado em um Hospital Universitário. Além disso, foi possível realizar com as enfermeiras assistenciais e docentes do HU/FURG a validação inicial e final do conteúdo e, também, realizar a testagem clínica do instrumento com os idosos internados na UCM do HU/FURG.

Ao retomar os pressupostos iniciais, percebe-se que por meio da utilização do Histórico de Enfermagem foi possível identificar as principais Necessidades Humanas Básicas afetadas no idoso hospitalizado, levando a identificação de diagnósticos de Enfermagem, oportunizando/facilitando o estabelecimento da SAE. Foi primordial e fundamental a participação das enfermeiras, docentes e assistenciais, na construção e validação do instrumento construído. A utilização do Histórico de Enfermagem mostrou que é possível identificar Diagnósticos de Enfermagem, um dos caminhos para a implantação futura da SAE na instituição pesquisada.

No decorrer do processo de envelhecimento, o grau de dependência tende a aumentar, exigindo um cuidado apropriado e eficaz, direcionado para o atendimento das necessidades individuais e coletivas, e às particularidades da idade. Este trabalho permitiu-me o conhecimento e compreensão da importância do atendimento das Necessidades Humanas Básicas direcionadas ao cuidado do idoso, mostrando que o Histórico de Enfermagem torna-se uma importante ferramenta para o desenvolvimento da SAE nesta instituição, principalmente no que diz respeito as suas duas primeiras fases: Levantamento de dados e identificação de Diagnósticos de Enfermagem.

Inicialmente foi elaborada, com o auxílio da revisão de literatura, uma listagem contendo as 36 Necessidades Humanas Básicas com suas definições e as 525 manifestações dessas necessidades. Após o processo de validação de conteúdo por enfermeiras da área de gerontogeriatria, essa listagem foi reduzida para 33 necessidades e 223 manifestações. Então, foi construído o instrumento de coleta de dados para o atendimento do idoso internado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa JR. da cidade do Rio Grande, RS, utilizando como parâmetro para seu formato a literatura da área específica.

Após essa construção, o instrumento foi submetido, mais uma vez, ao julgamento das enfermeiras, que foram orientadas a analisar o instrumento, levando em consideração sua forma e conteúdo. As enfermeiras foram unânimes em afirmar que o instrumento poderia ser utilizado para o atendimento das Necessidades Humanas Básicas afetadas no idoso hospitalizado. Para verificar sua funcionalidade na prática, o mesmo foi testado com os idosos internados na Unidade de Clínica Médica do HU/FURG, comprovando sua operacionalidade.

A construção deste instrumento, além de ser um estudo pertinente tendo em vista a população idosa brasileira representar a que mais cresce e a que mais procura os serviços de saúde, vem preencher uma lacuna existente no Hospital Universitário pesquisado, onde não existe um instrumento específico para registrar os dados coletados pela enfermeira durante o atendimento ao idoso.

O Histórico de Enfermagem representa um instrumento de grande significado para a assistência de enfermagem, pois permite à enfermeira a realização de diagnósticos, planejamento das ações de enfermagem, acompanhamento e evolução do doente, ou seja, permite a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de forma oficial e registrada.

Por meio da revisão de literatura referente às descrições e definições das Necessidades Humanas Básicas afetadas no idoso, foi possível compreender as alterações acarretadas com o processo de envelhecimento e tornou possível, também, a visualização das limitações e alterações que muitas vezes surpreendem as pessoas durante a velhice.

A falta ou a utilização inadequada do Histórico de Enfermagem direcionado ao idoso hospitalizado, bem como o não conhecimento de suas Necessidades Humanas Básicas afetadas, pode dificultar o cuidado, pois muitas das alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem deixar de ser identificadas. O planejamento e a implementação de ações adequadas ao idoso, podem contribuir para a redução do tempo de internação hospitalar, além de diminuir o número de reinternações hospitalares.

Com o aumento da população idosa, faz-se necessário que os profissionais da área de saúde, inclusive as enfermeiras, conheçam as fases do processo de envelhecimento, normal e patológico, tornando-as aptas a prestar um cuidado voltado às especificidades e multidimensionalidades dessa população. Tal afirmativa

remete para a importância de estimular cada vez mais a inserção da disciplina de gerontogeriatria nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem.

A partir dos resultados deste estudo, pode-se afirmar que a utilização desse instrumento de coleta de dados, de forma segura e comprometida, a enfermeira obtém subsídios relevantes para o cuidado do idoso, sua família e seus cuidadores.

No contexto hospitalar, observam-se com bastante frequência, idosos isolados, tristes, pouco comunicativos sem verbalizar suas queixas, inquietações e medos. Assim, este histórico representa uma oportunidade para a enfermeira amenizar o desconforto e criar uma relação e um ambiente de confiança, que possibilite ao idoso expressar seus sentimentos e as suas queixas, tornando a hospitalização mais amena.

Para o ensino e para a pesquisa, este trabalho pretende representar mais uma opção de modelo para ser aplicado, testado e fomentado nas discussões dos variados cenários de prática e teoria. A expectativa é que este instrumento tão logo esteja sendo utilizado no HU/FURG, pelas enfermeiras assistenciais, docentes e acadêmicos de enfermagem, possibilite discussões e conseqüentes melhorias na estrutura dessa instituição.

A aplicação e a utilização deste instrumento representam, para o grupo de enfermeiras, assistenciais e docentes do HU/FURG, um avanço na qualidade do cuidado ao idoso, pois irá trabalhar com aspectos específicos dessa população de maneira organizada e individualizada, contribuindo para uma velhice mais digna e saudável.

Espera-se, ainda, que este trabalho possa contribuir para que as chefias dos Serviços de Enfermagem procurem facilitar a participação das enfermeiras, em cursos de atualização e pós-graduação que contemplem a instrumentalização para a SAE. E mais que isso, estimulem a instrumentalização dessas profissionais para o cuidado ao idoso, tendo em vista a carência de conteúdo sobre o processo de envelhecimento e alterações decorrentes desse processo nos cursos de graduação.

5. REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. Trad. Regina Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALVES, F. A. P. *Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990 a 2000*. 2002. 96p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PIPASC/NUSP), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ARAÚJO, L.A. de O.; BACHION, M.M. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de saúde da Família. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 53-61.2005.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, E. *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. *Manual de diagnóstico de enfermagem. Uma abordagem baseada na teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA*. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. (Série Filosofia 4 Saúde, n^o 1).

BODACHNE, L. *Como envelhecer com saúde*. Curitiba: Champagnat, 1995.

BOECHAT, N.S. Distúrbio hidroeletrólítico no idoso. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n^o 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)*. Brasília, 2006, 15 p.

BRASIL. *Resolução COFEN-272/2002* do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Regulamentadora da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. *Resolução n^o 196/96* do Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 1996. p. 1-13.

BRASIL. *Lei 8.842*, sancionada em 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do idoso e a criação do Conselho Nacional do Idoso. Ministério da saúde; Brasília-DF, 1994.

BRÊTAS, A.C.P. O significado do processo de envelhecimento no mercado de trabalho e suas implicações na saúde dos(as) trabalhadores(as). *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.10, n.1, p.34-51, jan/abr.2001.

- CALDAS, C. P. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 68-93, maio/ago. 2001.
- CAMARA, V.D.; CAMARA, W.S. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CARVALHO, F.J.W de. Envelhecimento do aparelho genito-urinário. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ELIOPOULOS, C. *Enfermagem gerontológica*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.6, p.924-929, agosto.2005.
- FREITAS, E.V. de; GHORAYEB, N.; PEREIRA, J.B.M.; GHORAYEB, C. Atividade física no idoso. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GARCIA, T.R.; Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul. Enf.* V. 11, n. 3, set/dez. 1998.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. In: *11º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM*, 2001, Belém-PA. Anais. Belém: ABEn-PA, v. 1, p. 1-10. 2001.
- _____. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo-SP. v. 2, p. 37-63. 2004.
- GIACOMIN, K. Avaliação funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com as perdas. In: SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GORZONI. M.L.; RUSSO, M.R. Envelhecimento respiratório. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GONÇALVES, L. H. T.; VAHL, E. A. C.; BORGES, I.C.; O idoso contador de histórias – a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 94-115, maio/ago. 2001.

HORTA, W. DE A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, 99p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: IBGE, 2000.
Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosohtm>>.
Acesso em: 10 abr. 2005.

KUBO, C.H; et al. Construção e implementação de ações de enfermagem em ambulatório de gastroenterologia. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v.11, n.6, p. 816-822, nov/dez. 2003.

LOPES, F. L. *Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na unidade clínica médica do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/FURG*. 2005. 43p. Monografia (Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem) – ESPENSUL, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

LOYOLA FILHO, A.I.; et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: projeto Bambuí. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.545-553, mar/abr. 2005.

LUECKENOTTE, A. G. *Avaliação em gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

MACIEL, A. de C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MARIA, V. L. R. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; ARAÚJO, Thelma Leite (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 112p. Texto apresentado no III Simpósio de 1996, Fortaleza, CE. P.77-85. 1997

MARROCHI, L.C.R.; GORZONI, M.L; JUNIOR, V.P. Constipação e diarreia no idoso. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MENDES, M. M. R.; VALENTE, M.A. Como se comunicar com o idoso. In: RODRIGUES, R. A.P.; DIOGO, M. J. D. *Como cuidar dos idosos*. 5 ed. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

MINAYO, M.C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; et al (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MONTEIRO, D. da M. R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento.

In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MOTTA, L. B. da. Processo de Envelhecimento. In: SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

NAJAS, M.; PEREIRA, F.A.I. Nutrição. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NETTINA, S. M. *Prática de enfermagem*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997.

_____. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PERRACINI, M.R.; NAJAS, M.; BILTON, T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In: FREITAS, E. V. de, et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POLIT, D. F.; Hungler, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999. p.126

PORTO, C.C. *Exame clínico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PORTO, M. L. L.; *Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da Família*. 2004. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

POTTER, P. A.; PERRY, G. *Fundamentos de Enfermagem*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida – Relatório de Pesquisa*. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997.

ROACH, S. S. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, S. S. C. *O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na enfermagem*. 1997. 118 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

_____. *Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa*. São Paulo: Robe, 2001.

_____. A complexidade e a interdisciplinaridade no contexto do ensino da enfermagem gerontogeriatrica nos cursos de graduação no Brasil. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 185-190, maio/ago. 2001.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

SOUZA, J. N. de; CHAVES, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo (SP), v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.

TEIXEIRA, M.B.; FERNANDES, R.A.Q. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília (DF), v.56, n.6,p. 619-623, nov/dez, 2003.

TRENTINI, M.; PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: EDUFSC, 1999.

_____. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.10, n.1, p.11-31, jan/abr.2001.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos – a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1995.

VIRGÍNIO, N.de A.; NÓBREGA, M.M.L.de. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília (DF), v.57, n.1, p.53-56, jan/fev, 2004.

VITECK, I. Assistência de enfermagem ao paciente idoso em longa permanência. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Rio de Janeiro. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

APÊNDICE A - CARTA INFORMATIVA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS

Rio Grande, agosto de 2006

Prezada (o) colega enfermeira (o),

Eu, Fernanda Lucas Lopes, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação da Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos, pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada: “Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado um Hospital Universitário”, tendo como **objetivo geral** elaborar um instrumento para coleta de dados, Histórico de Enfermagem, a ser utilizado no atendimento ao idoso internado no HU/FURG. Como **objetivos específicos**: realizar, com enfermeiras assistenciais e docentes, da gerontologia e áreas afins, a validação inicial e final do conteúdo do instrumento construído; testar, junto aos idosos internados na UCM do HU/FURG, o Histórico de Enfermagem originado do instrumento de coleta de dados desenvolvido, para verificação de sua operacionalidade na prática.

Por este motivo solicito sua colaboração no sentido de verificar se os itens do instrumento em anexo são necessários para o atendimento das necessidades humanas básicas do idoso internado em uma unidade de internação hospitalar.

Por gentileza, leia atentamente a definição de cada uma das necessidades humanas básicas apresentadas e os itens que contém as suas manifestações, só então, escolha e assinale a alternativa que melhor expresse sua opinião pertinente ao assunto.

Ressalto que não existem respostas “certas” ou “erradas”, assim não deixe nenhuma questão sem resposta. Depois de respondido o questionário, solicito que o mesmo seja devolvido à pesquisadora ou enviado para o endereço constante no final deste documento.

Informo-lhe ainda que terá garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Em nenhuma das etapas da pesquisa haverá a identificação do participante, as informações obtidas terão caráter confidencial. Ressalto, ainda, que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado e serão divulgados em eventos científicos, publicados em periódicos. Por

este motivo, solicito seu consentimento voluntariamente para participar deste estudo, que deve ser feito através de sua assinatura no final do questionário.

Antecipadamente, agradeço-lhe a participação.

Atenciosamente,

Enf^a Fernanda Lucas Lopes
Mestranda

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos
Orientadora

Endereço: Rua Herval do Sul, 258
Bairro: Cassino CEP: 96208-040
Rio Grande/RS
Telefone: (53) 32367843 ou (53) 913683333
e-mail: fernanda.lopes@vetorial.net

Endereço: Duque de Caxias, 197/503
Bairro: Centro CEP: 96200-020
Rio Grande/RS
Telefone: (53) 32335668
e-mail: silvanasidney@terra.com.br

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PRIMEIRA FASE DA PESQUISA

1 - Prezada(o) colega enfermeira(o), leia atentamente as definições das necessidades humanas básicas e suas manifestações, apresentadas na coluna à esquerda e marque com um X o grau em que cada item é necessário, no seu entendimento, para o atendimento ao idoso internado em uma unidade de internação hospitalar.

Manifestação das necessidades humanas básicas	Nunca necessário	Raramente necessário	Algumas vezes necessário	Muitas vezes necessário	Sempre necessário
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS					
Oxigenação: processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividades vitais.					
Alergia					
Asfixia					
Cansaço					
Coriza					
Dificuldade para remover secreções					
Dificuldade para tossir					
Diminuição das atividades diárias					
Dispnéia					
Epistaxe					
Estase circulatória					
Estertores					
Expectoração					
Fadiga					
Frequência respiratória					
Murmúrios vesiculares diminuídos					
Obstrução das vias respiratórias					
Presença de secreção					
Roncos					
Sibilos					
Tosse					
Taquipnéia					
Ortopnéia					
Bradipnéia					
Cianose					
Nutrição: necessidade de obter alimentos com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.					
Abdome distendido					
Abdome globoso					
Abdome doloroso					
Abdome flácido					
Abdome indolor					
Abdome plano					
Abdome rígido					
Anorexia					
Apetite diminuído					

Cabelos quebradiços					
Características na mastigação					
Características na deglutição					
Cáries					
Cefaléia					
Comer um ou dois alimentos predominantemente					
Controle de peso					
Dificuldade para deglutir					
Dor epigástrica					
Estado nutricional					
Fraqueza					
Gengivite					
Hábitos alimentares					
Inquietação					
Intolerância alimentar					
Lábios rachados					
Lesões nas gengivas					
Náuseas					
Necessidade de alimentação em pouca quantidade					
Necessidade de alimentação freqüente					
Padrão de alimentação					
Pele escamosa					
Pele seca					
Pirose					
Polifagia					
Que alimentos fazem mal					
Recusa-se a comer					
Regurgitação					
Tremores					
Uso de prótese dentária					
Vômitos					
Necessidade de auxílio para alimentar-se					
Perda muscular					
Diminuição no nível de consciência					
Presença de sonda para alimentação					
Obesidade					
Desnutrição					
Hidratação: necessidade de manter os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, em nível ótimo objetivando o favorecimento do metabolismo corporal.					
Alterações do turgor cutâneo					
Alterações na temperatura da pele					
Astenia					
Condições da mucosa oral					
Confusão mental					
Dificuldade de engolir					
Diminuição da saliva					
Erosões na mucosa					
Hábitos de ingestão hídrica					
Incapacidade de concentrar a urina					
Mensurar a ingestão e excreção de líquidos					
Presença de edema					

Quantidade de líquidos ingeridos em 24 horas					
Sede					
Transpiração					
Turgidez da pele					
Pele distendida e brilhante					
Eliminação: necessidade de eliminação das substâncias indesejáveis ou que estejam presentes em quantidades excessivas.					
Anúria					
Constipação					
Desconforto abdominal					
Diarréia					
Dieta sem fibras					
Disúria					
Enurese					
Fecaloma					
Flatulência					
Fluxo urinário					
Hábitos de higiene					
Hábitos intestinais					
Hábitos urinários					
Incontinência fecal					
Incontinência urinária					
Ingestão de líquidos insuficiente					
Lesões nos órgãos genitais					
Melena					
Urina nas 24 horas					
Necessidade de enema ou supositório para defecar					
Necessidade de sonda ou coletor de urina					
Oligúria					
Ostomia					
Padrão de eliminação urinária					
Padrão de eliminação fecal					
Poliúria					
Presença de parasitas, sangue, partículas de alimentos nas fezes					
Redução do tônus muscular					
Retenção urinária					
Urgência em urinar					
Uso abusivo de laxante					
Nictúria					
Quantidade e qualidade da ingesta alimentar e hídrica					
Freqüência das evacuações					
Consistência, forma e aspecto das fezes					
Dificuldade e esforço para evacuar					
Sono e repouso: necessidade de manutenção, durante certo período, da suspensão natural, periódica e relativa da consciência. O corpo e a mente ficam em estado de imobilidade parcial ou completa com as funções corporais parcialmente diminuídas.					
Acorda à noite					
Acorda com facilidade					
Acorda várias vezes à noite					
Características do sono					
Cochila durante o dia					

Demora para começar a adormecer					
Dorme durante o dia					
Excesso de sono					
Ruídos no ambiente					
Uso de sedativos					
Hábitos de sono					
Inatividade					
Problemas para adormecer					
Insônia					
Sudorese, taquicardia e tremores durante o sono					
Sono agitado					
Sono tranqüilo					
Sonolência					
Total de horas requeridas para o sono					
Exercícios e atividades físicas: necessidade de movimentação, de forma intencional, sob determinadas circunstâncias usando a capacidade de controle e relaxamento dos músculos com o objetivo de evitar lesões. É a necessidade de exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.					
Apresenta incapacidade grave					
Apresenta incapacidade moderada					
Atividade motora diminuída					
Dor ao movimento					
Faz exercícios regulares					
Inatividade					
Movimenta adequadamente todas as partes do corpo					
Não faz exercício					
Participa ativamente em atividades físicas					
Participa de programas de prevenção, reabilitação e melhora funcional					
Postura corporal					
Quais as partes do corpo que não movimenta bem					
Quais os tipos de exercícios preferidos					
Quando faz exercícios sente cansaço, taquicardia, dispnéia, vertigem					
Tem os músculos do corpo bem desenvolvidos ou mirrados e flácidos					
Valoriza os exercícios e atividades físicas					
Coordenação prejudicada					
Relutância em tentar movimentar-se					
Incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito					
Fadiga ou fraqueza					
Sexualidade: a sexualidade é a maneira com que se expressa o sexo, ser homem ou ser mulher. A relação sexual é apenas um componente da sexualidade. Vários fatores interferem na vida sexual do idoso que são de ordem física, psicológica e social.					
Alteração da libido					
Apresenta patologias que afetam a atividade sexual: cardiopatias,					

artrose, AVC, etc.					
Disfunções orgásticas					
Dispauremia					
Distúrbio da circulação					
Falta da libido					
Impotência					
Problemas relacionados a traumas					
Problemas relacionados ao uso de álcool					
Problemas relacionados ao uso de fumo					
Procura ou não tratamento adequado					
Uso de medicamentos que afetam a libido: anti-hipertensivo, tranqüilizantes, antidepressivos.					
Abriço: necessidade de manutenção de um ambiente protegido, livre de agentes agressores à vida.					
Existe a figura do cuidador					
Necessidade de isolamento					
Possui instalações especiais para atender o idoso					
Risco para ferimentos					
Risco para fugas					
Risco para quedas					
Tem um ambiente protegido e próprio					
Mecânica corporal: a mecânica corporal é um esforço do sistema musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal durante as atividades como levantar, movimentar-se, curvar-se e etc.					
Alterações na postura					
Alterações no alinhamento da coluna e articulações					
Deformidades anatômicas					
Distúrbios da marcha					
Encurvado para frente					
Encurvado para trás					
Perturbações no controle postural					
Postura correta					
Realiza atividades da vida diária					
Motilidade: capacidade de movimentação dos segmentos corporais visando atender suas necessidades.					
Aumento do risco para queda e lesões					
Comprometimento do equilíbrio corporal					
Distúrbio da marcha					
Independente para caminhar					
Marcha com dependência física de outra pessoa					
Marcha com braços duros e retos ao lado do corpo					
Marcha com pouca flexibilidade					
Marcha descoordenada					
Marcha lenta					
Marcha vacilante					
Necessita de ajuda para se deslocar					
Perda da função motora					
Cuidado corporal: necessidade de realização de atividades com o objetivo de preservar seu asseio					

corporal.					
Cabelo com pediculose					
Cabelo desalinhado					
Cabelo quebradiço					
Cabelo sujo					
Capacidade para o autocuidado					
Capacidade para o cuidado da higiene pessoal					
Capaz de arrumar-se					
Capaz de banhar-se					
Capaz de vestir-se					
Condições de higiene pessoal					
Independência nas atividades rotineiras					
Necessita de ajuda para realizar o cuidado corporal					
Realiza atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal					
Roupas apropriadas					
Roupas sujas					
Integridade cutâneo-mucosa: necessidade de manutenção das funções de proteção, regulação da temperatura, sensação e excreção da pele e mucosas.					
Cianose					
Cicatriz					
Diminuição da gordura subcutânea					
Diminuição do suprimento sanguíneo					
Edema					
Elasticidade da pele					
Equimoses					
Fissura					
Hábito de roer as unhas					
Hematomas					
Hiperemia					
Icterícia					
Imobilidade prolongada					
Irritações cutâneas					
Mancha					
Palidez					
Pele seca					
Pele susceptível a irritações					
Pressão prolongada					
Prurido					
Redução da tolerância a extremos de temperatura e luz solar					
Sensibilidade dolorosa					
Úlceras de decúbito					
Unhas quebradiças e opacas					
Unhas sem trato					
Integridade física: necessidade de manutenção das características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo.					
Características dos cabelos					
Características da pele					
Características dos pelos					
Características das unhas					
Fissuras das mucosas					

Presença de lesões					
Regulação térmica: necessidade de manutenção da temperatura central entre 36° e 37, 3° C, para poder manter um equilíbrio da temperatura corporal.					
Alteração no sistema de termorregulação					
Arrepios					
Calafrios alterados com sensação de calor					
Cianose					
Confusão mental					
Mudança de temperatura após banho					
Mudança de temperatura após lavagem intestinal					
Necessidade de agasalho					
Ondas freqüentes de calor					
Pele fria					
Presença de temores					
Temperatura corporal					
Tremores					
Regulação hormonal: necessidade de manutenção do equilíbrio de todo o sistema endócrino, ou seja, de regular todas as secreções das glândulas endócrinas, que são os hormônios.					
Alterações cardiovasculares					
Declínio das atividades sexuais					
Pesquisar dor, simetria e nódulos nas mamas e axilas					
Pesquisar gânglios aumentados					
Pesquisar inversão de mamilos					
Presença de doenças no sistema endócrino					
Sinais e sintomas do climatério					
Regulação neurológica: necessidade de preservar e/ou manter o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de controlar e coordenar as funções a atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.					
Alteração da memória					
Amnésia parcial					
Amnésia atual					
Condições de pupila					
Confusão mental					
Crises convulsivas					
Decréscimo na sensibilidade à dor					
Decréscimo nos reflexos e atividades motoras					
Delírios					
Desorientações					
Dormência ou alteração na mobilização de alguma parte do corpo					
Nível de consciência					
Orientação no tempo e espaço					
Presença de cefaléia					
Tremores de extremidades					
Regulação hidrossalina: necessidade de manutenção das relações dos fluidos corporais adequadas.					
Apresenta alterações no paladar					
Diminuição para perceber a quantidade do nível ideal do sal nos alimentos					
Regulação eletrolítica: necessidade de manutenção dos fluidos e dos eletrólitos em movimento no corpo					

humano através do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico.					
Alterações nos líquidos e massa muscular					
Ausência de sede					
Débito urinário					
Edema					
Fraqueza muscular					
Ingestão de eletrólitos e água					
Mudanças de estado mental					
Mudanças de temperatura					
Mudanças na pressão arterial					
Mudanças no pulso					
Náusea					
Polidipsia					
Propensão de desenvolver problemas hídricos e eletrolíticos					
Quantidade de líquidos ingeridos em 24 horas					
Sede					
Vômitos					
Imunológica: necessidade de manutenção dos sistemas do corpo protegidos de doenças.					
Aceitação da terapêutica indicada					
Mantém calendário vacinal					
Problemas relacionados a alergias					
Susceptibilidade a infecções					
Crescimento celular: necessidade de manutenção da multiplicação das células e o crescimento dos tecidos dentro da normalidade, com o objetivo de crescimento e desenvolvimento.					
Alteração de peso nos últimos meses					
Atrofia dos órgãos					
Atrofia dos tecidos					
Crescimento celular					
Degeneração dos órgãos					
Vascular: necessidade de transportar, pelo sangue, nutrientes, distribuí-los para os tecidos e fazer a remoção dos resíduos metabólicos.					
Características do pulso					
Coloração da pele e extremidades					
Doenças cardiovasculares					
Doenças cérebro-vasculares					
Dormência vascular					
Perfusão periférica					
Pressão arterial					
Pulso					
Locomoção: necessidade de movimentação de um lugar ou posição a outro.					
Atrofia de membros superiores e inferiores					
Calosidades					
Deformidade de membros inferiores					
Desempenho de atividades motoras					
Dificuldade para deambular					
Dificuldade para locomoção					
Dificuldade para transportar					
Edema de membros superiores					
Edema maleolar					
Hemiplegia					
Necessidade de ajuda para deambular					

Necessidade de ajuda para locomover-se					
Paralisia					
Paraplegia					
Varizes					
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil gustativa, dolorosa - necessidade de percepção do meio pelos estímulos nervosos objetivando interagir com os outros e perceber o ambiente.					
Afasia					
Alteração no paladar					
Comportamento não-verbal da dor					
Condições da audição					
Condições da gustação					
Condições da visão					
Condições do tato					
Conjuntivas ictéricas					
Defeitos visuais					
Dificuldade de comunicação					
Dificuldade em pronunciar palavras					
Diminuição da audição					
Diminuição da sensibilidade gustativa					
Diminuição da capacidade de focalizar um objeto a pequena distância					
Diminuição na produção de lágrima					
Diplopia					
Epistaxe					
Espirros					
Fala alto					
Fotofobia					
Hálito					
Língua saburrosa					
Maior sensibilidade à irritação da pele					
Mucosas hiperemiadas					
Mutismo					
Presença de dor (localização, frequência, tipo)					
Problemas com luminosidade					
Prurido					
Reações retardadas aos objetos frios e quentes					
Sensação tátil comprometida					
Sensibilidade à dor					
Sensibilidade aos irritantes atmosféricos					
Sensibilidade gustativa					
Sialorréia					
Zumbidos					
Iluminação adequada					
Poluição sonora e do ar					
Temperatura adequada					
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
Segurança: necessidade de confiança quanto aos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.					
Ambiente seguro					

Confiança					
Estabilidade e independência					
Experiência negativa com tratamento de saúde anterior					
Falta de conhecimento					
Falta de privacidade					
Medo da morte					
Medo das conseqüências das doenças					
Medo do sofrimento					
Mudança de ambiente					
Problemas financeiros					
Proteção					
Risco para acidentes					
Risco para quedas					
Solidão					
Uso de álcool					
Uso de cama sem grades					
Uso de campainha					
Uso de fumo					
Amor: processo dinâmico que ocorre pela troca de energia entre os seres vivos, manifestando-se por ansiedade, tensão, rejeição, insegurança, negativismo, depressão, solidão, indiferença, frustração, fuga, dores, medo, agressividade, anorexia, apatia, choro, angústia, diminuição ou aumento da motricidade, obesidade, dependência, euforia, prostração, exibicionismo, desvios de comportamento, delinqüência e outros.					
Agitação					
Agressividade					
Angústia					
Ansiedade					
Apatia					
Choro					
Dependência					
Depressão					
Diminuição ou aumento da motricidade					
Dor					
Exibicionismo					
Fobias					
Frustração					
Fugas					
Hostilidade					
Inconstância no equilíbrio do humor					
Indiferença					
Insegurança					
Irritabilidade					
Manifestações de carência afetiva					
Medo					
Não se sente amado					
negativista					
Obesidade					
Perda do parceiro					
Perdas dos amigos					
Prostração					
Rejeição					
Risos imotivados					
Sentimentos de perda					
Solidão					

Tensão					
Auto-estima: necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança nas suas próprias idéias, de ter respeito por si mesmo, de valorizar-se, de reconhecer-se merecedor de amor e de felicidade, de não temer expor suas idéias, desejos e necessidades.					
Atividades variadas					
Autoconfiança					
Auto depreciação					
Auto-respeito					
Confiança					
Dependência dos familiares e amigos					
Depressão					
Desejo de força					
Estereótipos					
Falsas crenças sobre o envelhecimento					
Independente dos familiares e amigos					
Inversão dos papéis					
Isolamento					
Manifestação de desequilíbrio					
Medo de rejeição					
Não aceitação de sua condição de saúde					
Pessimismo					
Preconceitos					
Realização pessoal					
Recursos financeiros inadequados					
Revolta					
Senso de valor depreciado					
Tendência suicida					
Uso de óculos, aparelho auditivo					
Liberdade: necessidade que cada indivíduo tem de agir de acordo com sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas sociais, culturais e legais previamente impostas.					
Atitudes e comportamento que inspirem confiança, sinceridade, auto-direção, esperança					
Debate aberto					
Decisão de recusar o tratamento					
Dependente dos familiares e amigos					
Independente dos familiares e amigos					
Participação no plano terapêutico					
Reação à rotina hospitalar					
Restrição à liberdade					
Sugestão de alternativas para o plano de cuidados					
Comunicação: necessidade de dar e receber mensagens através da linguagem verbal e não-verbal objetivando a interação com os outros.					
Dificuldade de organizar a expressão					
Dificuldade de organizar o pensamento					
Distúrbio na fala					
Esquecimentos					
Não se comunica com outras					

peessoas					
Reduzir os ruídos e as distrações					
Tipo da expressão da mensagem (verbal, escrita, gestos, olhar)					
Uso da linguagem não-verbal					
Criatividade: necessidade de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se, ou seja, de vir a ser.					
Desejo de realizar coisas novas					
Desenvolve trabalhos manuais					
Participa de grupos					
Aprendizagem (educação à saúde): necessidade de adquirir conhecimentos e/ou habilidades para poder responder a uma situação nova ou já conhecida objetivando a aquisição de comportamentos saudáveis e manutenção da saúde.					
Capacidade de aprender e adquirir novas informações					
Conhecimento do seu estado de saúde					
Déficits de memória					
Desejo de adotar comportamento para elevar o nível de saúde					
Desempenho					
Estado físico					
Habilidades					
Motivação					
Não adesão ao regime terapêutico					
Situações que interferem na não adesão do regime terapêutico					
Status ocupacional					
Gregária: necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros indivíduos e realizar trocas sociais.					
Afastamento do convívio social					
Bom relacionamento no lar					
Evita os familiares					
Grupo a que pertence					
Partilhar sentimentos com outras pessoas					
Perda de pessoas da família					
Perda do parceiro					
Perda dos amigos					
Pertencente e amado por uma família, grupo e pessoas significantes					
Presença de visitas					
Sensação de abandono					
Solidão					
Tem amigos					
Vive com a família, sem conflitos					
Vive com a família, com conflitos					
Vive só e necessita de companhia					
Vive só e não necessita de companhia					
Recreação/lazer: necessidade de utilização da criatividade para a produção e reprodução de idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.					
Desejo de participar de atividades					
Fica deitado por longas horas					
Hábitos de recreação/lazer					
Ocupa seu tempo livre					

Participa de atividades					
Espaço: necessidade de delimitação do ambiente físico, ou seja, expansão ou retração com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.					
Conforto no ambiente					
Espaço para si mesmo					
Privacidade					
Segurança					
Orientação no tempo e espaço: necessidade de consciência do ambiente físico de um indivíduo com relação ao tempo, local e identidade de outras pessoas.					
Avaliação da orientação têmporo-espacial (tempo e local onde se encontra)					
Grau de lucidez					
Nível de vigilância					
Orientação alopsíquica (em relação à identificação com os outros)					
Orientação auto-psíquica (identificação de si mesmo e a coordenação do próprio esquema corporal)					
Respostas desconexas					
Aceitação: necessidade de ter sentimentos e emoções em relação ao próximo objetivando a aceitação e integração aos grupos, fazer amigos e ter família.					
Manifestação de carência afetiva					
Participação em grupos sociais					
Respeita a história de vida					
Respeito aos hábitos e valores culturais					
Auto-realização: necessidade de realizar-se ao máximo com a utilização de suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que se deseja ser.					
Falta de auto-confiança					
Manifestações de não realização					
Não se preocupa com a opinião dos outros sobre sua maneira de resolver os problemas					
Não se preocupa com a opinião dos outros sobre sua aparência					
Participação: direito de concordar ou discordar, informar ou ser informado, delimitar e ser delimitado objetivando a sua liberdade e autonomia.					
Aceitação das normas					
Participação no plano terapêutico					
Restrição da liberdade					
Auto-imagem: é o que cada um pensa a respeito de si mesmo e esta representação mental é construída em cima das representações que a pessoa tem sobre seu corpo, seus sentimentos e suas atitudes relacionadas com o seu corpo.					
Percepção sobre seu corpo					
Sentimentos e atitudes relacionadas com seu corpo					
Atenção: necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às outras pessoas geralmente com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter família e amigos.					
Faz solicitações irrealistas					
Impedimento para ser acolhido					
Impedimento para ser compreendido					
Impedimento para ser ouvido					
Impedimento para ser respeitado					
Impedimento para ser aceito e integrado aos grupos					

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA SEGUNDA FASE DA PESQUISA

Rio Grande, outubro de 2006

Prezada (o) Colega,

Gostaria de agradecer a sua valiosa contribuição na primeira fase da minha pesquisa intitulada: “Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um Hospital Universitário”, de solicitar, mais uma vez, sua colaboração na avaliação do instrumento desenvolvido a partir dos resultados da primeira fase da pesquisa. Informo que na construção desse instrumento só foram considerados os itens relacionados às manifestações das necessidades humanas básicas, que obtiveram um índice de concordância de 0,80 entre as enfermeiras. Por gentileza, leia atentamente o instrumento, em anexo, e dê sua opinião no que diz respeito à forma e ao conteúdo do mesmo, lembrando que o referido instrumento foi desenvolvido objetivando a sua utilização no atendimento ao idoso em uma unidade de internação hospitalar.

Informo que será garantido o seu anonimato e assegurado a sua privacidade, assim como, o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Para esclarecimento, informo ainda que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Por este motivo, solicito seu consentimento voluntariamente para participar no referido estudo, nesta segunda fase, que deve ser feito através de sua assinatura no final dessa carta.

Reconheço que esta tarefa lhe tomará tempo, mas reconheço também que a sua contribuição será valiosa na construção e validação de um instrumento para o atendimento ao idoso em uma unidade de internação hospitalar. Por este motivo, antecipadamente agradeço-lhe a participação.

Muito atentamente,

Enf^a Fernanda Lucas Lopes
Mestranda

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos
Orientadora

Endereço: Rua Herval do Sul, 258
Bairro: Cassino CEP: 96208-040
Rio Grande/RS

Endereço: Duque de Caxias, 197/503
Bairro: Centro CEP: 96200-020
Rio Grande/RS

Telefone: (53) 32367843 ou (53) 913683333 Telefone: (53) 32335668

e-mail: fernanda.lopes@vetorial.net

e-mail: silvanasidney@terra.com.br

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO IDOSO INTERNADO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
 Sexo: _____ Escolaridade: _____ Estado Civil: _____
 Profissão/Ocupação: _____ Religião: _____
 Endereço: _____

2. CONDIÇÕES GERAIS

P.A.: _____ mmHg TaX: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ mrpm
 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT): HAS () Diabetes () ICC () AVC ()
 Alcoolismo () Outras: _____

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL – Atividades da Vida Diária. Verificar considerando:

(1) Independente (2) Necessita de ajuda (3) Dependente

AVD Básicas:

() Alimentação () Asseio corporal () Auto cuidado () Vestir () Banho
 () Controle Vesical () Controle Anal () Deambulação () Locomoção

AVD Instrumentais:

() Fazer compras () Preparar comida () Cuidar da casa () Usar meios de
 transporte () Capaz de tomar sua medicação () Cuidar de suas finanças

AVD avançadas:

Participa de grupos sociais: () Sim () Não Participa de grupos religiosos? () Sim
 () Não Realiza atividades de recreação/lazer: () Sim Tipo, local e frequência:
 _____ () Não

Como ocupa o tempo livre? _____

4. AVALIAÇÃO COGNITIVA: verificar considerando: (1) Responde corretamente (2)

Responde em parte (3) Não sabe

Memória: () Dia de hoje () Dia da semana () Idade () Dia/mês/ano do
 nascimento

Orientação: () Local onde se encontra () Endereço

Aprendizagem: () Conhece seu estado de saúde

Informações sobre fatos cotidianos: () Nome do presidente do Brasil () Nome do prefeito da sua cidade

Capacidade de cálculo: () Contar de três em três () Realizar cálculo simples

5. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR

Mora: Só () Com pessoas da família () Quantas e quem?
 _____ () Outros. Quantas e quem?

Existe um responsável pelo cuidado? Não () Sim () Quem? _____

Existe um bom relacionamento no lar () Sim () Não

Depende de familiares e amigos: Sim () Não () Deseja receber visitas? Sim () Não ()

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Oxigenação

Dispnéia: () Sim () Não Obstrução das vias respiratórias: () Sim () Não

Cianose: () Sim () Não

Nutrição/Hidratação

Peso: _____ kg Altura: _____ m

Anorexia: () Sim () Não Apetite diminuído: () sim () não

Mastigação: () Alterada () Inalterada Deglutição: () Alterada () Inalterada

Sonda para alimentação: () Sim () Não Alteração no turgor cutâneo: () Sim () Não

Edema: () Sim () Não

Localização: _____

Eliminação

Hábitos intestinais (frequência/características): _____

Hábitos urinários (frequência/características): _____

() Anúria () Oligúria () Constipação () Dificuldade e esforço para evacuar

Sono/Repouso e Atividade

Hábitos de sono: _____

() Problemas para adormecer () Uso de sedativos _____

() Insônia Apresenta incapacidade moderada para atividade () Sim Qual? _____ () Não

Apresenta incapacidade grave para atividade () Sim Qual? _____

() Não () Atividade motora diminuída () Dor ao movimento () Inatividade

() Fadiga () Movimenta adequadamente todas as partes do corpo () Sim

() Não

() Partes do corpo que não movimenta bem _____

() Coordenação prejudicada () Incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito Alterações na postura () Sim () Não Alterações no alinhamento da

coluna () Sim () Não Distúrbios na marcha () Sim () Não

Presença de: Hemiplegia () Paraplegia () Paralisia ()

Risco para quedas: () Sim () Não Necessita de ajuda para deambular/deslocar-se

() Sim () Não

Sexualidade

Isolamento () Sim () Não

Uso de medicamentos que afetam a libido: () Anti-hipertensivos

() Tranquilizantes () Anti-depressivos

Integridade cutâneo-mucosa/Integridade física

Pele hidratada () Sim () Não Pele fria () Sim () Não Pele pálida () Sim () Não

Pele hiperemiada () Sim () Não Edema () Sim Local? _____ () Não

Prurido () Sim () Não cianose periférica () Sim () Não

Apresenta lesões/ferimentos: () Sim Tipo/local: _____ () Não

Presença de escaras: () Sim () Não

Local: _____

Estágio ou grau de escaras: _____

Imunológicas

Alergias () Sim () Não Suscetibilidade às infecções () Sim () Não

Percepção

Visão: Perda da visão () Sim () Não Secreções () Sim () Não

Dificuldades para enxergar () Sim () Não

Uso de óculos () Sim () Não Lentes () Sim () Não

Audição: Surdez () Sim () Não Uso de prótese () Sim () Não

Zumbido () Sim () Não Secreções () Sim () Não

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

() Não

Tato: Sensibilidade tátil () Sim () Não Sensibilidade à dor () Sim () Não

APÊNDICE D - AVALIAÇÃO DA FORMA E CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O ATENDIMENTO AO IDOSO

Avaliação da forma: () concordo () não concordo

justifique: _____

Avaliação do conteúdo:

1. Identificação () concordo () não concordo

justifique: _____

2. Condições gerais () concordo () não concordo

justifique: _____

3. Avaliação funcional () concordo () não concordo

justifique: _____

4. Avaliação cognitiva () concordo () não concordo
justifique:_____

5. Avaliação sócio-familiar () concordo () não concordo
justifique:_____

6. Avaliação das necessidade humanas básicas () concordo () não concordo
justifique:_____

7. impressões da(o) enfermeira(o) () concordo () não concordo
justifique:_____

APÊNDICE E – VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO IDOSO INTERNADO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Profissão/Ocupação: _____ Religião: _____

Endereço: _____

Unidade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

2. CONDIÇÕES GERAIS

P.A.: _____ mmHg TaX: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ mrpm

Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT): HAS () Diabetes () ICC () AVC () Alcoolismo () Outras: _____

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL – Atividades da Vida Diária. Verificar considerando:

(1) Independente (2) Necessita de ajuda (3) Dependente

AVD Básicas:

() Alimentação () Asseio corporal () Auto cuidado () Vestir () Banho

() Controle Vesical () Controle Anal () Deambulação () Locomoção

AVD Instrumentais:

() Fazer compras () Preparar comida () Cuidar da casa () Usar meios de transporte

() Capaz de tomar sua medicação () Cuidar de suas finanças

AVD avançadas:

Participa de grupos sociais: () Sim () Não Participa de grupos religiosos? () Sim ()

Não Realiza atividades de recreação/lazer: () Sim Tipo, local e frequência:

_____ () Não

Como ocupa o tempo livre? _____

4. AVALIAÇÃO COGNITIVA: verificar considerando: (1) Responde corretamente (2)

Responde em parte (3) Não sabe

Memória: () Dia de hoje () Dia da semana () Idade () Dia/mês/ano do nascimento

Orientação: () Local onde se encontra () Endereço

Aprendizagem: () Conhece seu estado de saúde

Informações sobre fatos cotidianos: () Nome do presidente do Brasil () Nome

do prefeito da sua cidade

Capacidade de cálculo: () Contar de três em três () Realizar cálculo simples

Escore: Contar um ponto para cada resposta

Resultado: Normal: 10 a 8 pontos; Deteriorização cognitiva leve: 5 a 7 pontos; deteriorização cognitiva moderada: 3 a 4 pontos; Deteriorização cognitiva importante: 2 a 0 pontos

5. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR

Mora: Só () Com pessoas da família () Quantas e quem?
 _____ () Outros. Quantas e quem?

Existe um responsável pelo cuidado? Não () Sim () Quem? _____

Existe um bom relacionamento no lar () Sim () Não

Depende de familiares e amigos: Sim () Não () Deseja receber visitas? Sim () Não ()

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Oxigenação

Dispnéia: () Sim () Não Obstrução das vias respiratórias: () Sim () Não

Cianose: () Sim () Não

Nutrição/Hidratação

Peso: _____kg Altura: _____m

Anorexia: () Sim () Não Apetite diminuído: () sim () não

Mastigação: () Alterada () Inalterada Deglutição: () Alterada () Inalterada

Sonda para alimentação: () Sim () Não Alteração no turgor cutâneo: () Sim () Não

Edema: () Sim () Não Localização: _____

Eliminação

Hábitos intestinais (frequência/características): _____

Hábitos urinários (frequência/características): _____

() Anúria () Oligúria () Constipação () Dificuldade e esforço para evacuar

Sono/Repouso e Atividade

Hábitos de sono: _____

() Problemas para adormecer () Uso de sedativos _____

() Insônia Apresenta incapacidade moderada para atividade () Sim Qual? _____ () Não

Apresenta incapacidade grave para atividade () Sim Qual? _____ (

- Não Atividade motora diminuída Dor ao movimento Inatividade
 Fadiga Movimenta adequadamente todas as partes do corpo Sim
 Não
 Partes do corpo que não movimenta bem _____
 Coordenação prejudicada Incapacidade para deambular, levantar-se ou sair do leito
 Alterações na postura Sim Não Alterações no alinhamento da coluna Sim Não Distúrbios na marcha Sim Não
 Presença de: Hemiplegia Paraplegia Paralisia
 Risco para quedas: Sim Não Necessita de ajuda para deambular/deslocar-se
 Sim Não

Sexualidade

- Isolamento Sim Não
 Uso de medicamentos que afetam a libido: Anti-hipertensivos
 Tranquilizantes Anti-depressivos

Integridade cutâneo-mucosa/Integridade física

- Pele hidratada Sim Não Pele fria Sim Não Pele pálida Sim Não
 Pele hiperemiada Sim Não Edema Sim Local? _____ Não
 Prurido Sim Não cianose periférica Sim Não
 Apresenta lesões/ferimentos: Sim Tipo/local: _____ Não
 Presença de escaras: Sim Não Local: _____
 Estágio ou grau de escaras: _____

Imunológicas

- Alergias Sim Não Suscetibilidade às infecções Sim Não

Percepção

- Visão: Perda da visão Sim Não Secreções Sim Não
 Dificuldades para enxergar Sim Não
 Uso de óculos Sim Não Lentes Sim Não
 Audição: Surdez Sim Não Uso de prótese Sim Não
 Zumbido Sim Não Secreções Sim Não
 Paladar: Preservado Sim Não Diminuído Sim Não Ausente Sim
 Não
 Tato: Sensibilidade tátil Sim Não Sensibilidade à dor Sim Não
 Apresenta dor Sim Tipo/local _____ Não
 Dificuldade de comunicação/pronunciar palavras Sim Não

APÊNDICE F - CARTA INFORMATIVA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS IDOSOS

Prezado (a) cliente,

Eu, Fernanda Lucas Lopes, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação da Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um Hospital Universitário”, tendo como objetivo geral - construir um instrumento para coleta de dados, Histórico de Enfermagem, a ser utilizado no atendimento ao idoso internado no HU/FURG que vai contribuir para uma melhor qualidade da assistência aos idosos referidos.

Por este motivo solicitamos sua colaboração no sentido de autorizar sua participação voluntária nesta pesquisa, quando irei aplicar o instrumento elaborado.

Informo que terá garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome não será identificado, assim como será garantido o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados. Como critério de esclarecimento, informo, ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Ressalto, ainda, que os dados coletados farão parte da minha dissertação de mestrado, sendo divulgados em eventos científicos, periódicos e outros. Por este motivo, solicito seu consentimento voluntariamente para participar deste estudo.

Antecipadamente, agradeço-lhe a participação.

Atenciosamente,

Enf^a Fernanda Lucas Lopes

Mestranda

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney C. Santos

Orientadora

Endereço: Rua Herval do Sul, 258
Bairro: Cassino CEP: 96208-040
Rio Grande/RS

Telefone: (53) 32367843 ou (53) 913683333

e-mail: fernanda.lobes@vetorial.net

Endereço: Duque de Caxias, 197/503
Bairro: Centro CEP: 96200-020
Rio Grande/RS

Telefone: (53) 32335668

e-mail: silvanasidney@terra.com.br

Pelo presente declaro ter sido informada (a), de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos e do desenvolvimento da coleta de dados. Fui também informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho;

- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que me traga qualquer prejuízo;

- da segurança que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência da minha privacidade;

- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;

- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho.

Desta forma, concordo em participar da referida pesquisa

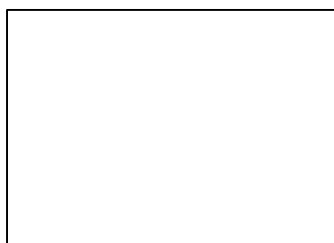
Nome: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

ou

Impressão digital:



APÊNDICE G – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Rio Grande, março de 2006

A/C

Dr. Raul Sassi- Diretor do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Prezado Sr.

Eu, Fernanda Lucas Lopes, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sob orientação da Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos, pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada: “Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um Hospital Universitário”, Para tanto apresento como **objetivo geral** deste estudo: elaborar um instrumento para coleta de dados, Histórico de Enfermagem, a ser utilizado no atendimento ao idoso internado no HU/FURG. Como **objetivos específicos**: realizar, com enfermeiras assistenciais e docentes, da gerontologia e áreas afins, a validação inicial e final do conteúdo do instrumento construído; testar, junto aos idosos internados na Unidade de Clínica Médica (UCM) do HU/FURG, o Histórico de Enfermagem originado do instrumento de coleta de dados desenvolvido, para verificação de sua operacionalidade na prática.

Por este motivo solicito sua autorização no sentido de desenvolver tal pesquisa na Unidade de Clínica Médica desta instituição além de utilizar como população de estudo os idosos internados e enfermeiras que trabalham na referida unidade, que aceitem participar deste estudo.

Atenciosamente,

Enf^a Fernanda Lucas Lopes

Mestranda

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos

Orientadora

Endereço: Rua Herval do Sul, 258

Bairro: Cassino CEP: 96208-040

Rio Grande/RS

Telefone: (53) 32367843 ou (53) 913683333

e-mail: fernanda.lopes@vetorial.net

Endereço: Duque de Caxias, 197/503

Bairro: Centro CEP: 96200-020

Rio Grande/RS

Telefone: (53) 32335668

e-mail: silvanasidney@terra.com.br

ANEXO A – PARECER CEPAS**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 – Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº 038 / 2006

PROCESSO Nº 23116.000981/06-43

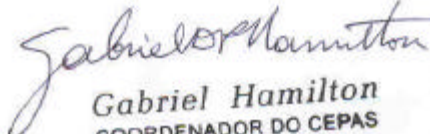
TÍTULO DO PROJETO: "Construção e Testagem Clínica de Instrumento de Coleta de Dados para Idoso Internado de uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Silvana Sidney Costa Santos

PARECER DO CEPAS:

Analisei as respostas e verifiquei que atendem a todas as solicitações do parecer nº026/2006, razão pela qual emito este parecer final considerando o **PROJETO APROVADO.**

Rio Grande, RS, em 02 de junho de 2006.


Gabriel Hamilton
COORDENADOR DO CEPAS
PROPESP - FURG