

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

CARLA ARGENTA

**MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CUIDADO AO IDOSO ASSOCIADO AOS
SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM
NANDA-I, NIC E NOC**

Porto Alegre
2018

CARLA ARGENTA

**MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CUIDADO AO IDOSO ASSOCIADO AOS
SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM
NANDA-I, NIC E NOC**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde; linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde; eixo temático: Processo de Enfermagem e Sistemas de Classificação, requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Argenta, Carla

MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CUIDADO AO IDOSO
ASSOCIADO AOS SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE
ENFERMAGEM NANDA-I, NIC E NOC / Carla Argenta. --
2018.

164 f.

Orientadora: Amália de Fátima Lucena.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Processo de Enfermagem. 2. Classificação. 3.
Modelos de Enfermagem. 4. Idoso. 5. Enfermagem no
consultório. I. Lucena, Amália de Fátima, orient.
II. Título.

CARLA ARGENTA

**Modelo Multidimensional de Cuidado ao Idoso Associado aos Sistemas de
Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Enfermagem.

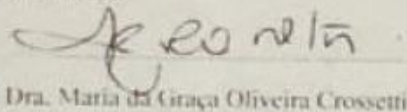
Aprovada em Porto Alegre, 24 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA



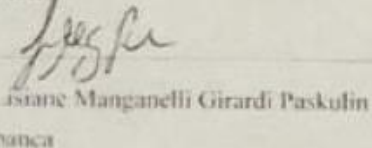
Profa. Dra. Amália de Fatima Lucena
Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF-UFRGS



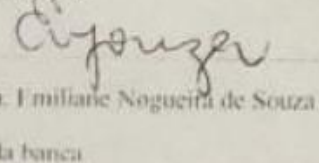
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Membro da banca

PPGENF-UFRGS



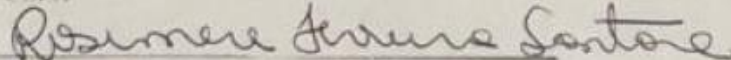
Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Membro da banca

PPGENF-UFRGS



Profa. Dra. Emilliane Nogueira de Souza
Membro da banca

UFCSA



Prof. Dra. Rosimere Ferreira Santana

Membro da banca

UFF



Dedico esta tese à minha filha Livia que...

... vivenciou, em meu ventre, a etapa da coleta de dados e, após o seu nascimento, dividiu comigo o tempo e a atenção com a análise dos dados;

... encarou bravamente as viagens para orientação com a vovó/titia Fafá;

... me recebeu para mamar, a cada duas horas, com um sorriso lindo e acolhedor.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida e por me permitir a conclusão de mais uma etapa em minha vida.

À minha **orientadora e amiga**, Amália de Fátima Lucena, pelos ensinamentos e oportunidade de convívio e aprendizagem, tornando-se fonte de inspiração, tanto como orientadora/professora e como ser humano. Agradeço a Deus e ao Universo por tê-la em minha vida.

Ao **meu amado esposo**, Márcio, pela compreensão nas ausências, pelo incentivo nos momentos difíceis, pelo apoio nos tropeços, por ser o meu porto seguro, a minha calma, a minha tranquilidade.

Aos **meus pais**, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas. O amor que sinto por vocês é tão grande que não tenho palavras suficientes para descrevê-lo.

À **minha irmã**, Elisangela, grande incentivadora, meu exemplo, minha amiga e confidente. Agradeço por estar sempre ao meu lado e me ajudar em tudo que necessito.

Ao **meu cunhado**, Vanderlei; ao **meu sobrinho**, Enzo; ao **meu irmão**, Márcio; e à **minha cunhada**, Sabrina, por me incentivarem e me apoiarem com palavras e ações.

Aos **meus sogros**, Flávia e Valmir, e à **minha cunhada**, Michele, pela preocupação, apoio e amor a mim destinados durante esta trajetória.

À **professora** Miriam de Abreu Almeida, pessoa encantadora que esteve sempre me apoiou durante todo o processo de doutoramento.

Aos **membros do GEPECADI**, pelo aprendizado e companheirismo.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pela oportunidade de formação com alta qualidade.

Às **minhas colegas e amigas da UDESC**, pelo apoio e troca de saberes.

À **técnica de enfermagem Zélia** e ao **geriatra Alessandro**, profissionais da Cidade do Idoso, pela ajuda e esforço para com o êxito da minha coleta de dados. Serei eternamente grata a vocês.

Aos **enfermeiros especialistas** que contribuíram grandiosamente para a efetivação da primeira etapa deste estudo.

Aos **idosos** que participaram como sujeitos desta pesquisa, agradeço a participação e o carinho manifestados em cada consulta.

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará.”

(Salmo 23)

RESUMO

ARGENTA, Carla. **Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC**. 2018. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

O cuidado integral ao idoso pode ser garantido mediante a utilização do Processo de Enfermagem (PE), aliado a um referencial teórico como, por exemplo, o Modelo Multidimensional de Envelhecimento bem Sucedido (MMES), que possui uma proposta de avaliação do idoso. Há, contudo, uma lacuna para a sua utilização, uma vez que não há estudos que comprovem a sua eficácia na prática clínica da Enfermagem associado à aplicação de sistemas de classificação da disciplina como a NANDA-I, NIC e NOC. O objetivo deste estudo é construir um modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, aplicável à consulta de enfermagem. O estudo foi conduzido em duas etapas metodológicas distintas. A primeira compreendeu um estudo de validação de conteúdo enquanto a segunda uma pesquisa de resultados, que contemplou um estudo quase experimental. As amostras foram constituídas de 15 especialistas em Enfermagem Gerontológica e 28 idosos em primeira consulta na Cidade do Idoso, local do estudo, com idade igual ou superior a 60 anos, que apresentaram o diagnóstico de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) ou Síndrome do Idoso Frágil (SIF), no período de maio a outubro de 2017. Após a validação do conteúdo do modelo multidimensional, com a opinião dos especialistas, efetuou-se a sua aplicação aos idosos em quatro consultas de enfermagem para cada um. Durante as consultas estabeleceram-se os diagnósticos, mensuraram-se os resultados e implementaram-se as intervenções de enfermagem, conforme o modelo e a avaliação clínica. Os especialistas validaram informações da anamnese e exame físico referentes às características definidoras, fatores relacionados e de risco dos dois diagnósticos e às dimensões fisiológica, psicológica e social, conforme propõe o MMES. A validação também confirmou que dos 13 diferentes resultados de enfermagem validados, 10 foram comuns em ambos os diagnósticos. Os resultados validados para os dois diagnósticos avaliaram *Equilíbrio* (0202), *Cognição* (0900), *Estado nutricional* (1004), *Autocontrole da doença crônica* (3102), *Conhecimento: controle da dor* (1843), *Participação em programa de exercício físico* (1633), *Conhecimento: controle da doença crônica* (1847), *Conhecimento: prevenção de quedas* (1828), *Conhecimento: controle do peso* (1841) e *Estado de conforto* (2008). Apenas dois dos 13 resultados foram validados para o diagnóstico SIF, sendo eles: *Nível de fadiga* (0007) e *Autocuidado: atividades da vida diária* (0300), e um resultado, *Conhecimento: medicamento* (1808), foi validado apenas para o diagnóstico RSIF. As intervenções de enfermagem da NIC, validadas para os dois diagnósticos de enfermagem, foram praticamente iguais. Das oito diferentes intervenções validadas apenas a *Assistência ao Autocuidado* (1800) foi validada exclusivamente para o diagnóstico SIF e as outras sete foram validadas para os dois diagnósticos. As intervenções destacam a importância da *Promoção do exercício* (0200), *Aconselhamento nutricional* (5246), *Controle de medicamentos* (2380), *Estimulação cognitiva* (4720), *Melhora na socialização* (5100), *Prevenção contra quedas* (6490) e *Ensino sobre o processo da doença* (5602). A segunda etapa mostrou que dos 28 idosos a maioria era do sexo feminino (17 - 60,7%), com idade média de $65,6 \pm 6,3$ anos e, desses, 23 idosos foram diagnosticados com RSIF e cinco com SIF. Dos resultados de enfermagem utilizados para avaliar idosos com RSIF e SIF percebeu-se melhora significativa na média dos escores dos seus indicadores: *Participação em programa de exercício físico*; *Autocontrole da doença crônica*;

Conhecimento: controle da doença crônica; Conhecimento: controle do peso; Conhecimento: prevenção de quedas e Estado de conforto. Os resultados *Estado nutricional e Conhecimento: controle da dor* tiveram melhora significativa nos escores dos indicadores somente para idosos com RSIF, assim como a avaliação do *Autocuidado: atividades da vida diária* para idosos com SIF. As intervenções que apresentaram efetividade estatisticamente significativa na utilização de suas atividades em idosos, com ambos os diagnósticos, foram: *Ensino: processo da doença* e *Promoção do exercício*, enquanto a intervenção *Prevenção contra quedas* foi encontrada somente em idosos com RSIF. Conclui-se que as sete intervenções de enfermagem validadas pelos especialistas foram implementadas aos idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF e foram consideradas efetivas, tendo como base a avaliação de nove resultados que apontaram melhora significativa na comparação entre as médias da primeira e quarta consultas. Dentre as oito intervenções de enfermagem implementadas aos idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sete foram consideradas efetivas, tendo como base a avaliação de 11 resultados que apontaram melhora significativa na comparação entre as médias da primeira e quarta consultas. Dessa forma, conclui-se ainda, que o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos SLP contribui para a prática assistencial do enfermeiro na consulta de enfermagem, com vistas ao envelhecimento bem sucedido. Dentre as importantes implicações e contribuições dos resultados desta pesquisa está a possibilidade de apoiar a ligação entre resultados e intervenções validados com os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, facilitando a avaliação de enfermagem e os cuidados de enfermagem aos idosos na prática clínica. Além disso, recomenda-se a construção de definições operacionais para os indicadores dos resultados de enfermagem. Uma limitação do estudo foi o fato de realizarmos a pesquisa com especialistas do mesmo país.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Classificação. Diagnóstico de enfermagem. Modelos de Enfermagem. Idoso. Enfermagem no consultório. Avaliação de resultados (cuidados de saúde).

ABSTRACT

ARGENTA, Carla. *Multidimensional model of care for the elderly associated to the NANDA-I, NIC and NOC Nursing Standardized Language Systems*. 2018. 167 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Comprehensive care for the elderly can be guaranteed through the use of the Nursing Process (PE), together with a theoretical framework such as the Multidimensional Model of Successful Aging (MMSA), which has a proposal for the evaluation of the elderly. There is, however, a gap to its use, since there are no studies that prove its effectiveness in the clinical practice of Nursing associated with the application of discipline classification systems such as NANDA-I, NIC and NOC. The objective of this study is to build an elderly care multidimensional model associated with the standardized NANDA-I, NIC and NOC Nursing language systems, applicable to the nursing consultation. The study was conducted in two different methodological steps. The first comprised a content validation study while the second a results research, which included a quasi-experimental study. The samples consisted of 15 specialists in Gerontology Nursing and 28 elderly people in a first consultation in the City of the Elderly, place of study, with age equal to or greater than 60 years, of both sexes, who presented the diagnosis of Nursing Risk of Syndrome of the Elderly (RSIF) or Fragile Elderly Syndrome (SIF), from May to October 2017. After the validation of the multidimensional model content, with the opinion of the specialists, it was applied to the elderly in four every elderly person. During the consultations the diagnoses were established, the results were measured and the Nursing interventions were implemented, according to the multidimensional model and the clinical evaluation. The specialists validated information about the anamnesis and the physical examination referring to the defining characteristics, related and risk factors of the two diagnoses and the physiological, psychological and social dimensions, as proposed by the MMSA. Validation also confirmed that of the 13 different validated Nursing outcomes, 10 were common in both diagnoses. The results validated for the two diagnoses evaluated: Equilibrium (0202), Cognition (0900), Nutritional status (1004), Self-control of chronic disease (3102), Knowledge: pain control (1843), Knowledge: control of chronic disease (1847), Knowledge: prevention of falls (1828), Knowledge: weight control (1841) and Comfort state (2008). Only two of the 13 results were validated for SIF diagnosis, being: Fatigue level (0007) and Self-care: activities of daily living (0300), and a result, Knowledge: medicine (1808), was validated only for the diagnosis RSIF. The Nursing interventions of the NIC, validated for the two Nursing diagnoses, were practically the same. Of the eight different validated interventions, only Self-care Assistance (1800) was validated exclusively for SIF diagnosis and the other seven were validated for both diagnoses. The interventions emphasize the importance of Promoting Exercise (0200), Nutrition Counseling (5246), Medication Control (2380), Cognitive Stimulation (4720), Improving Socialization (5100), Fall Prevention (6490) and Teaching the Process of the disease (5602). The second stage showed that of the 28 elderly, the majority were female (17-60.7%), with a mean age of 65.6 ± 6.3 years, and of these, 23 elderly were diagnosed with RSIF and five with SIF. Nursing results used to evaluate the elderly with RSIF and SIF showed a significant improvement in the mean of the scores of their indicators: Knowledge: control of chronic disease; Self-control of chronic disease; Knowledge: prevention of falls; Weight control; State of comfort and Participation in physical exercise program. The results Knowledge: pain control and nutritional status had significant improvement in the scores of indicators only for the elderly with RSIF, as well as the self-care evaluation: daily life activities for elderly with

SIF. The interventions that presented a statistically significant reduction in the use of their activities in the elderly, with both diagnoses, were Teaching: disease process and Exercise promotion, while the intervention Prevention of falls was found only in the elderly with RSIF. It is concluded that the seven nursing interventions validated by the specialists were implemented to the elderly with a diagnosis of RSIF Nursing and were considered effective, based on the evaluation of nine results that indicated a significant improvement in the comparison between the means of the first and fourth visits. Among the eight Nursing interventions implemented to the elderly with SIF Nursing diagnosis, seven were considered effective, based on the evaluation of 11 results that indicated a significant improvement in the comparison between the means of the first and fourth visits. Thus, it can be concluded that the multidimensional model of elderly care associated with standardized Nursing language systems contributes to the nurses practice in the nursing consultation, with a view to successful aging. Among the important implications and contributions of the results of this research is the possibility of supporting the link between results and validated interventions with the RSIF and SIF, facilitating nursing assessment and nursing care for the elderly in clinical practice. In addition, it is recommended to construct operational definitions for indicators of nursing outcomes. One limitation of the study was the fact that we conducted the research with specialists from the same country.

Key words: Nursing Process. Classification. Nursing Diagnosis. Models, Nursing. Olders adults. Office Nursing. Outcome Assessment (Health Care).

RESUMEN

ARGENTA, Carla. **Modelo Multidimensional de atención al anciano asociado a los Sistemas de Lenguaje Estandarizado de Enfermería NANDA-I, NIC y NOC.** 2018. 167 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

El cuidado integral al anciano puede ser garantizado mediante la utilización del Proceso de Enfermería (PE), aliado a un referencial teórico como, por ejemplo, el Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES), que posee una propuesta de evaluación del anciano. Sin embargo, existe una laguna para su utilización, ya que no hay estudios que demuestren su eficacia en la práctica clínica de la Enfermería asociada a la aplicación de sistemas de clasificación de la disciplina como la NANDA-I, NIC y NOC. El objetivo de este estudio es construir un modelo multidimensional de cuidado al anciano asociado a los sistemas de lenguaje estandarizados de Enfermería NANDA-I, NIC y NOC, aplicable a la consulta de enfermería. El estudio se llevó a cabo en dos etapas metodológicas distintas. La primera comprendió un estudio de validación de contenido mientras que la segunda una investigación de resultados, que contempló un estudio longitudinal y casi experimental. Las muestras fueron constituidas por 15 especialistas en Enfermería Gerontológica y 28 ancianos en primera consulta en la Ciudad del Anciano, lugar del estudio, con edad igual o superior a 60 años, de ambos sexos, que presentaron el diagnóstico de Enfermería Riesgo de Síndrome del Anciano (RSIF) o Síndrome del Anciano (SIF), en el período de mayo a octubre de 2017. Tras la validación del contenido del modelo multidimensional, con la opinión de los especialistas, se efectuó su aplicación a los ancianos en cuatro consultas de Enfermería para cada anciano. Durante las consultas se establecieron los diagnósticos, se midieron los resultados e implementaron las intervenciones de enfermería, conforme el modelo multidimensional y la evaluación clínica. Los especialistas validaron informaciones del anamnesia y del examen físico referentes a las características definidoras, factores relacionados y de riesgo de los dos diagnósticos ya las dimensiones fisiológica, psicológica y social, según propone el MMES. La validación también confirmó que de los 13 diferentes resultados de enfermería validados, 10 fueron comunes en ambos diagnósticos. Los resultados validados para los dos diagnósticos evaluaron *Equilibrio* (0202), *Cognición* (0900), *Estado nutricional* (1004), *Autocontrol de la enfermedad crónica* (3102), *Conocimiento: control del dolor* (1843), *Participación en programa de ejercicio físico* (1633), *Conocimiento: control de la enfermedad crónica* (1847), *Conocimiento: prevención de caídas* (1828), *Conocimiento: control del peso* (1841) y *Estado de confort* (2008). Sólo dos de los 13 resultados han sido validados para el diagnóstico SIF, siendo ellos: *Nivel de fatiga*, *Autocuidado: actividades de la vida diaria* (0300), y un resultado, *Conocimiento: medicamento* (1808), se ha validado sólo para el diagnóstico RSIF. Las intervenciones de Enfermería de la NIC, validadas para los dos diagnósticos de Enfermería, fueron prácticamente iguales. De las ocho diferentes intervenciones validadas sólo la *Asistencia al Autocuidado* (1800) fue validada exclusivamente para el diagnóstico SIF y las otras siete fueron validadas para los dos diagnósticos. Las intervenciones destacan la importancia de la *Promoción del ejercicio* (0200), *Asesoramiento nutricional* (5246), *Control de medicamentos* (2380), *Estimulación cognitiva* (4720), *Mejora en la socialización* (5100), *Prevención contra caídas* (6490) y *Enseñanza sobre el proceso de la enfermedad* (5602). La segunda etapa mostró que de los 28 ancianos la mayoría era del sexo femenino (17 - 60,7%), con edad media de $65,6 \pm 6,3$ años y, de esos, 23 ancianos fueron diagnosticados con RSIF y cinco con SIF. De los resultados de Enfermería utilizados para evaluar ancianos con RSIF y SIF se percibió

una mejora significativa en la media de los escores de sus indicadores: *Conocimiento: control de la enfermedad crónica; Autocontrol de la enfermedad crónica; Conocimiento: prevención de caídas; Control del peso; Estado de confort y Participación en programa de ejercicio físico*. Los resultados *Conocimiento: control del dolor y estado nutricional* tuvieron una mejora significativa en los escores de los indicadores solamente para ancianos con RSIF, así como la *evaluación del Autocuidado: actividades de la vida diaria* para ancianos con SIF. Las intervenciones que presentaron reducción estadísticamente significativa en la utilización de sus actividades en ancianos, con ambos diagnósticos, fueron: *Enseñanza: proceso de la enfermedad* y *Promoción del ejercicio*, mientras que la intervención *Prevención contra caídas* fue encontrada solamente en ancianos con RSIF. Se concluye que las siete intervenciones de Enfermería validadas por los especialistas fueron implementadas a los ancianos con diagnóstico de enfermería RSIF y fueron consideradas efectivas, teniendo como base la evaluación de nueve resultados que apuntaron una mejora significativa en la comparación entre las medias de la primera y cuarta consultas. Entre las ocho intervenciones de enfermería implementadas a los ancianos con diagnóstico de enfermería SIF, siete fueron consideradas efectivas, teniendo como base la evaluación de 11 resultados que apuntaron una mejora significativa en la comparación entre las medias de la primera y cuarta consultas. De esta forma, se concluye, que el modelo multidimensional de cuidado al anciano asociado a los SLP contribuye a la práctica asistencial del enfermero en la consulta de enfermería, con vistas al envejecimiento exitoso. Entre las importantes implicaciones y contribuciones de los resultados de esta investigación está la posibilidad de apoyar la conexión entre resultados e intervenciones validados con los diagnósticos de enfermería RSIF y SIF, facilitando la evaluación de enfermería y los cuidados de enfermería a los ancianos en la práctica clínica. Además, se recomienda la construcción de definiciones operativas para los indicadores de los resultados de enfermería. Una limitación del estudio fue el hecho de realizar la investigación con expertos del mismo país.

Palabras clave: Proceso de Enfermería. Clasificación. Diagnóstico de Enfermería. Modelos de Enfermería. Anciano. Enfermería de Consulta Evaluación de Resultado (Atención de Salud).

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AVD	Atividades de Vida Diárias
CI	Cidade do Idoso
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EUA	Estados Unidos da América
GEE	Equações de Estimativas Generalizadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IQOLA	<i>International Quality of Life Assessment</i>
ISO	<i>International Standards Organization</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MMSA	<i>Multidimensional Model of Successful Aging</i>
MMES	Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido
NANDA-I	<i>Nanda International</i>
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NNN	NANDA-I, NIC e NOC
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PE	Processo de Enfermagem
RSIF	Risco de Síndrome do Idoso Frágil
SIF	Síndrome do Idoso Frágil
SLP	Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Multidimensional Model of Successful Aging</i>	27
Figura 2. Modelo de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997).....	29
Figura 3. MMES e Sistemas de Linguagens Padronizadas NANDA- I, NIC E NOC	35
Figura 4. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem SIF/dimensões do MMES	43
Figura 5. Fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem SIF/dimensões do MMES	44
Figura 6. Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem RSIF/dimensões do MMES	45
Figura 7. População em risco para os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF/dimensões do MMES	46
Figura 8. Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF/dimensões do MMES	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comparação entre as versões da NANDA-I dos elementos dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF	40
Quadro 2. Informações da anamnese e exame físico inclusas no modelo multidimensional sugeridas pelos especialistas (2018).....	64
Quadro 3. Modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC construído após a opinião dos especialistas. Porto Alegre/RS, 2018	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características da amostra de enfermeiros especialistas (n=15) (2018).....	61
Tabela 2. Dimensão fisiológica: dados de caracterização do idoso validadas pelos especialistas (2018)	62
Tabela 3. Dimensão fisiológica: sinais vitais e medidas antropométricas do idoso validadas pelos especialistas (2018).....	62
Tabela 4. Dimensão fisiológica: sistemas e morbidades do idoso validadas pelos especialistas (2018)	63
Tabela 5. Dimensão psicológica e social validadas pelos especialistas (2018).....	64
Tabela 6. Resultados da NOC validados por especialistas para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF (2018).....	65
Tabela 7. Intervenções da NIC validadas por especialistas para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF (2018).....	68
Tabela 8. Características sociodemográficas dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	82
Tabela 9. Dimensão fisiológica: sinais vitais e medidas antropométricas dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	83
Tabela 10. Dimensão fisiológica: sistema neurológico, cabeça e pescoço dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	84
Tabela 11. Dimensão fisiológica: tórax e pele dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	85
Tabela 12. Dimensão fisiológica: sistema locomotor dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	86
Tabela 13. Dimensão fisiológica: sistema gastrointestinal dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	87
Tabela 14. Dimensão fisiológica: sistema geniturinário dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	88
Tabela 15. Dimensão fisiológica: doenças crônicas e outras informações de saúde dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	89
Tabela 16. Dimensão social: apoio e relações sociais e convivência dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	90
Tabela 17. Dimensão psicológica: cognição, humor e sono dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	91
Tabela 18. Diagnósticos de enfermagem Risco e Síndrome do Idoso Frágil, fatores de risco, características definidoras e fatores relacionados aos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018	92

Tabela 19. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Cognição</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018.....	93
Tabela 20. Escore dos indicadores dos resultados de enfermagem “ <i>Estado nutricional e Controle do peso</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018	94
Tabela 21. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Autocontrole da doença crônica</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018	94
Tabela 22. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: controle da dor</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	95
Tabela 23. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Participação em programa de exercício físico</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018.....	95
Tabela 24. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: controle da doença crônica</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	96
Tabela 25. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: prevenção de quedas</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018	97
Tabela 26. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Estado de conforto</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018.....	97
Tabela 27. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: medicamento</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018.....	98
Tabela 28. Escore dos indicadores dos resultados de enfermagem “ <i>Estado nutricional</i> ” e “ <i>Controle do peso</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	99
Tabela 29. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Autocontrole da doença crônica</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/ SC, 2018.....	99
Tabela 30. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: controle da dor</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	100
Tabela 31. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Participação em programa de exercício físico</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	100
Tabela 32. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: controle de doença crônica</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	101
Tabela 33. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: prevenção de quedas</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/ SC, 2018.....	101
Tabela 34. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Estado de conforto em idosos</i> ” com SIF. Chapecó/SC, 2018	102
Tabela 35. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Conhecimento: medicamento</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	102
Tabela 36. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Nível de fadiga</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	103
Tabela 37. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “ <i>Autocuidado: atividades da vida diária</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	103

Tabela 38. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Estimulação cognitiva</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	103
Tabela 39. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Estimulação cognitiva</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	104
Tabela 40. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Aconselhamento nutricional</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	104
Tabela 41. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Aconselhamento nutricional</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	104
Tabela 42. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Ensino: processo da doença</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	105
Tabela 43. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Ensino: processo da doença</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	105
Tabela 44. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Promoção do exercício</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	106
Tabela 45. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Promoção do exercício</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	106
Tabela 46. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Prevenção contra quedas</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018.....	107
Tabela 47. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Prevenção contra quedas</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018	107
Tabela 48. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Melhora da socialização</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018.....	108
Tabela 49. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Melhora da socialização</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	108
Tabela 50. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Controle de medicamentos</i> ” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018	109
Tabela 51. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Controle de medicamentos</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	109
Tabela 52. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “ <i>Assistência no autocuidado</i> ” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018.....	110

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1	Envelhecimento bem sucedido	26
3.2	Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas NANDA-I, NIC e NOC	35
3.2.1	Classificação de diagnósticos de enfermagem: NANDA-I.....	37
3.2.1.1	<i>Diagnósticos de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil (SIF) e Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) e o Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES)</i>	39
3.2.2	Classificação dos resultados de enfermagem: NOC.....	47
3.2.3	Classificação de intervenções de enfermagem: NIC	50
4	MÉTODOS	54
4.1	Tipo de estudo	54
4.2	Local e período do estudo	54
4.3	População e amostra	56
4.4	Logística para coleta de dados	57
4.5	Análise dos dados	59
4.6	Aspectos éticos	60
5	RESULTADOS	61
5.1	Parte 1: Validação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, segundo a opinião de enfermeiros especialistas	61
5.1.1	Caracterização dos especialistas	61
5.1.2	Opinião dos especialistas acerca da anamnese e exame físico	62
5.1.3	Validação dos resultados de enfermagem para os diagnósticos de Enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil e Síndrome do Idoso Frágil	65
5.1.4	Validação das intervenções de enfermagem para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF	67
5.1.5	Versão final do modelo multidimensional construído e validado com a opinião dos especialistas para utilização na prática clínica.....	69
5.2	Parte 2: Aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso na prática clínica	81
5.2.1	Características sociodemográficas dos idosos.....	81
5.2.2	Anamnese e exame físico com base no MMES sobre a dimensão fisiológica dos idosos	82

5.2.3	Anamnese e exame físico com base no s MMES sobre a dimensão social dos idosos	89
5.2.4	Anamnese e exame físico com base no MMES sobre a dimensão psicológica dos idosos	90
5.2.5	Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados/risco e características definidoras mais frequentemente estabelecidas durante as consultas de enfermagem	91
5.3	Resultados e indicadores NOC na avaliação do idoso com diagnósticos RSIF ou SIF	93
5.3.1	Resultados e indicadores para o diagnóstico de enfermagem RSIF	93
5.3.2	Resultados e indicadores para o diagnóstico de enfermagem SIF	98
5.4	Intervenções e atividades de enfermagem NIC selecionadas para o idoso com diagnósticos RSIF e SIF	103
6	DISCUSSÃO	111
6.1	Quais os resultados e indicadores NOC, intervenções e atividades NIC mais adequadas para avaliar e intervir no idoso com diagnósticos de enfermagem RSIF ou SIF, determinados em consenso de especialistas?.....	112
6.2	A aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso validado é capaz de demonstrar as respostas humanas às condições de saúde/ processos de vida do idoso, bem como os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem para os diagnósticos RSIF e SIF?.....	123
7	CONCLUSÕES.....	135
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICES	152
	ANEXO.....	158

1 INTRODUÇÃO

A população idosa vem aumentando consideravelmente nos últimos anos contribuindo para transição demográfica que revela alterações importantes na pirâmide etária. Isso significa que a composição populacional por grupos de idade assinala o envelhecimento demográfico, que corresponde ao aumento do número de idosos e a conseqüente redução dos demais grupos etários. Estima-se que a proporção de idosos entre a população mundial, dos 12,3% dobrará para 24,6% em cerca de 55,8 anos. No Brasil, a proporção de idosos (11,7%) era bem próxima ao indicador mundial (12,3%), e estima-se que dobrará, passando a 23,5% da população em 24,3 anos (IBGE, 2016).

O envelhecimento populacional traz uma série de desafios à sociedade, de modo específico aos profissionais de saúde, que precisam estar preparados para atender as necessidades dessa população em todos os pontos da rede de atenção à saúde. O enfermeiro destaca-se entre esses profissionais, e precisa se apropriar de modelos e referenciais capazes de conduzi-lo à busca de estratégias e intervenções que proporcionem resultados favoráveis à saúde dos idosos em suas dimensões.

O Processo de Enfermagem (PE), associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP) – referentes à organização e determinação de uma terminologia definida entre profissionais enfermeiros – destacam-se na multidimensionalidade do cuidado, e são uma alternativa a ser aprofundada e explorada. O processo orienta a coleta de dados e a conseqüente identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como o planejamento de metas e intervenções com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis (CAMPOS DE CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013; GROVE; BURNS; GRAY, 2013). A utilização do PE e SLP requer a compreensão de que o envelhecimento é um processo individual, e que cada pessoa envelhece de forma diferente, o que confirma a existência de vários caminhos e estratégias a serem adotadas no cuidado dessa fase da vida.

O encontro dessas ideias tem levado pesquisadores de várias áreas do conhecimento a descrever o conceito de envelhecimento bem sucedido a partir de uma abordagem multidimensional, ou seja, para além da dimensão fisiológica, com a inclusão das dimensões social e psicológica do indivíduo idoso (ROWE; KAHN, 1997; PHELAN et al., 2004; YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009; JESTE; DEPP; VAHIA, 2010; COSCO et al., 2014; CARVER; BUCHANAN, 2016).

O envelhecimento bem sucedido é mais do que a ausência de doenças e a manutenção das capacidades funcionais. Ambos são componentes importantes, mas é a sua combinação e

o engajamento ativo com a vida que representa o conceito de envelhecer com sucesso. A baixa probabilidade de doença significa não só a sua presença ou ausência, mas também a sua gravidade e os fatores de risco para o seu desenvolvimento. O alto nível funcional inclui os componentes físicos, cognitivos, capacidades para a atividade, relações interpessoais (contatos com os outros, troca de informações) e atividades produtivas (COSCO et al., 2014).

Com base nisso foi elaborado o *Multidimensional Model of Successful Aging* (MMSA)¹ que norteia essa avaliação em três dimensões da saúde: fisiológica (doenças e deficiências/capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si próprio); psicológica (vitalidade emocional, enfrentamento e resiliência); e social (espiritualidade e adaptação baseadas nos mecanismos de apoio sociais) (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009). A estrutura conceitual do Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES) foi formada a partir de resultados de pesquisa prévia realizada com idosos que verbalizaram acerca do envelhecer com sucesso (PHELAN et al., 2004). Também, a partir de um modelo de incapacidade elaborado pelo Instituto de Medicina de Washington (EUA) (POPE; TARLOV, 1991) e pelo conceito de envelhecimento bem sucedido (ROWE; KAHN, 1997). Finalmente, por um painel de consenso elaborado por sete peritos da área do envelhecimento, que incluiu dois geriatras que atuam na clínica, um médico epidemiologista e um médico que atua em instituição de longa permanência, um administrador, uma enfermeira gerontóloga e um economista (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009).

O MMES foi criado para uso de todos os profissionais da saúde que atuam no cuidado ao idoso. A ideia central é de que as alterações fisiológicas e a deterioração funcional são associadas ao aumento da idade, diferente dos aspectos sociais e psicológicos que, necessariamente, não estão fortemente conexos, e apostam em mecanismos psicológicos e sociais para compensar o declínio fisiológico e funcional (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009).

Por caracterizar um modelo de cuidado abrangente, o MMES permite ao enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar e líder da equipe de Enfermagem, exercer ações diretas e contínuas com os idosos e seus familiares. Isso se justifica pela atual estrutura do sistema de saúde, em que o enfermeiro e a sua equipe são os profissionais que destinam maior tempo de trabalho aos indivíduos, especialmente pela essência da profissão que se caracteriza pelo cuidado integral.

¹ Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES) (tradução livre da autora).

O cuidado integral pode ser garantido com a utilização do PE, aliado a um referencial teórico, como, por exemplo, o MMES, que apresenta uma proposta para avaliação do idoso. Há, contudo, uma lacuna para a sua utilização, uma vez que não existem estudos que o tenham utilizado na prática clínica da Enfermagem associado à aplicação de sistemas de classificação da disciplina.

Destarte, o presente estudo visa explorar este modelo, que dirige um olhar multidimensional ao idoso com necessidade de uma avaliação gradual e contínua, atento à possibilidade de compensação de uma dimensão de saúde pela outra. Os avanços são no sentido de associar o MMES aos SLP para, com isso, elucidar o envelhecimento bem sucedido por meio de diagnósticos de Enfermagem acurados e com a aplicação de intervenções de promoção à saúde, prevenção de agravos e resolução de problemas em busca de resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a NANDA Internacional (NANDA-I) oferece uma classificação com diferentes tipos de análise, cujo foco está no problema e no risco, bem como nas possibilidades de promoção da saúde. Sob essa ótica, verifica-se que os diagnósticos de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil (SIF) e Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) são amplos e abordam as diversas necessidades dos idosos, com elementos que caracterizam a multidimensionalidade da saúde nessa etapa de vida (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem SIF e RSIF necessitam ser explorados na prática de atenção ao idoso pela sua recente inclusão na NANDA-I, versão 2015-2017, e revisão na versão 2018-2020, sendo que neste estudo foi utilizada a organização da versão 2015-2017. A revisão dos diagnósticos de enfermagem se concentra na reorganização dos elementos já conhecidos, ou seja, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, que foram subdivididos em características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas.

Por sua vez, o diagnóstico de enfermagem SIF é definido como um estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso ao passar por deterioração em um ou mais domínios da saúde (física, funcional, psicológica ou social) e que leva ao aumento da susceptibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, a incapacidade. Ele tem como elementos as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A suscetibilidade do idoso para desenvolver a SIF define o diagnóstico de enfermagem de risco, o que possibilita administrar o problema e estabelecer a prevenção. Entre seus

componentes encontram-se fatores de risco, características da população em risco e condições associadas que, por sua vez, são correspondentes às dimensões de cuidado, os quais podem ser precocemente identificados para evitar que o problema se confirme (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Para isso, são utilizadas intervenções de enfermagem conduzidas pelos SLP que determinam a *Nursing Interventions Classification* (NIC), constituída por uma ordenação ou arranjo de atividades de Enfermagem. Uma intervenção é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico do enfermeiro, enquanto as atividades são comportamentos específicos ou ações que implementam a intervenção no auxílio aos pacientes a avançar rumo a um resultado esperado (BUTCHER et al., 2018).

Os resultados dos pacientes sensíveis à Enfermagem constam na taxonomia *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a qual descreve o resultado como um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um *continuum* em resposta a uma intervenção ou intervenções de enfermagem (MOORHEAD et al., 2018).

A utilização e ligação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC (NNN), portanto, podem assessorar o processo de tomada de decisão pelo enfermeiro. Entretanto, mesmo com o refinamento e o avanço do conhecimento dos SLP, ainda são incipientes os estudos que as apresentam ligadas em ambiente clínico (AZZOLIN et al., 2012) e em menor proporção com idosos na comunidade. Esta constatação está fundamentada na busca em bases de dados referenciais para a temática, nas quais não foram encontrados estudos clínicos com idosos utilizando NNN aninhados.

Cabe ressaltar, portanto, a importância de implementar o MMES e de ampliar a proposta de avaliação com os elementos dos diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções e resultados de enfermagem padronizados, a exemplo dos descritos pela NNN. A ampliação implica na construção de um modelo multidimensional de cuidado ao idoso com vistas ao raciocínio clínico do enfermeiro. A construção de modelos de cuidado e a realização de consulta de enfermagem, estão entre as atribuições do enfermeiro no atendimento à saúde da pessoa idosa, preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Modelos de cuidado, todavia, vêm sendo utilizados por enfermeiros pesquisadores mas ainda são pouco utilizados na prática assistencial (LUNNEY, 2011; ARRUDA, 2016).

Atualmente, não existe um modelo multidimensional de cuidado associado aos SLP de Enfermagem específico para o idoso, e somente são encontrados instrumentos de avaliação geriátrica, como: índice *Lawton-Brody*, Índice de *Pfeffer*, Índice de *Barthel*, Índice de *Katz*, Índice de *Tinetti*, Escala de *Berg*, Escala de *Norton*, escala para avaliação da depressão

geriátrica, equilíbrio e marcha, cognição, entre outros (YESAVAGE et al., 1983; FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; TINNETI, 1986; LAWTON; BRODY, 1969; PFEFFER et al., 1982; ARAÚJO et al., 2007; KATZ et al., 1963; HUGHES et al., 1982; GUERREIRO; SILVA; BOTELLHO, 1994). Alguns deles estão inclusos no Caderno de Atenção Básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde como uma proposta de avaliação global de saúde da pessoa idosa com ênfase na funcionalidade e multidimensionalidade (BRASIL, 2007).

A relevância deste estudo reside na necessidade de construção de um modelo multidimensional de cuidado ao idoso para a prática assistencial, em especial aos em acompanhamento em consulta de enfermagem, levando em conta as suas várias dimensões de cuidado conforme proposto MMES, a escassez de pesquisas utilizando NNN com o idoso na comunidade e a importância de aprofundar o conhecimento sobre os SLP, bem como as ligações propostas por eles em diferentes ambientes de atenção. Reforça-se, ainda, que as pesquisas utilizando diagnósticos de enfermagem precisam ser complementadas com estudos sobre as intervenções NIC e resultados NOC, tendo em vista a possibilidade de construção de modelos de cuidados completos (OLIVEIRA et al., 2016).

Corroborando a relevância deste estudo, se destaca o lançamento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) do *Nursing Now*, projeto de três anos em prol da valorização dos enfermeiros e parteiras, que evidencia a terceira meta, com o objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (WHO, 2018).

Nesse ínterim, destacam-se as questões que nortearam esta pesquisa:

- A aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos SLP NANDA-I, NIC e NOC é capaz de demonstrar as respostas humanas às condições de saúde/processos de vida do idoso, bem como os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil e Síndrome do Idoso Frágil em consulta de enfermagem?
- Quais os resultados e indicadores NOC mais adequados para avaliar o idoso com diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil ou Síndrome do Idoso Frágil, determinados em consenso de especialistas?
- Quais as intervenções e atividades NIC são mais adequadas para idosos com diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil ou Síndrome do Idoso Frágil, determinados em consenso de especialistas?

As respostas das questões norteadoras levam à tese: o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos SLP contribui para a prática assistencial do enfermeiro na consulta de enfermagem, com vistas ao envelhecimento bem sucedido.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir um modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, aplicável à consulta de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Validar o conteúdo do modelo multidimensional de cuidado ao idoso, construído a partir do Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido, associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC.
- Aplicar o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA - I, NIC E NOC na consulta de enfermagem.
- Avaliar a efetividade da aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso em consulta de enfermagem, por meio dos resultados de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está dividido em duas partes, sendo que a primeira versa sobre a construção do conceito de envelhecimento bem sucedido e o cuidado multidimensional ao idoso, as características e a operacionalidade no âmbito nacional e internacional. Já a segunda parte trata do Processo de Enfermagem e dos Sistemas de Linguagens Padronizados de Enfermagem (NANDA-I, NOC e NIC), tendo como subitem os diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) e o Síndrome do Idoso Frágil (SIF).

3.1 Envelhecimento bem sucedido

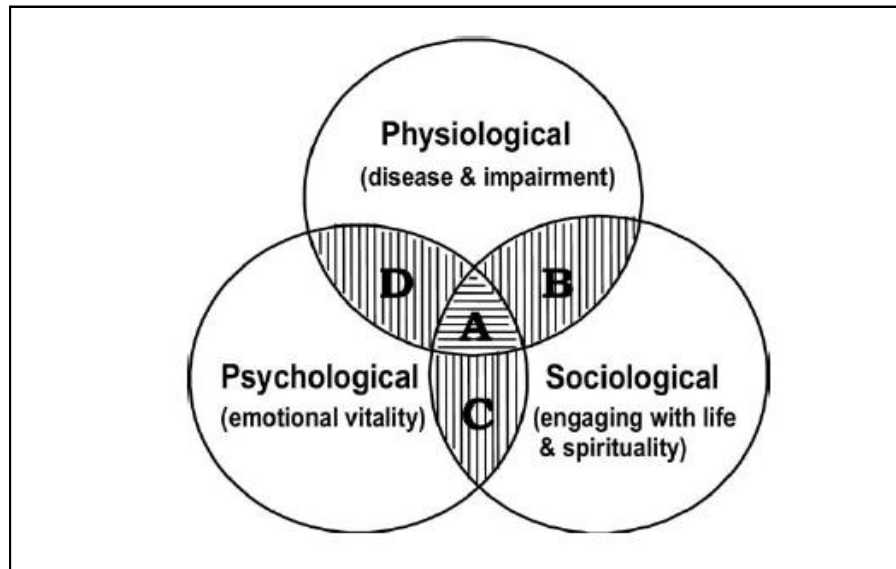
O conceito de envelhecimento bem sucedido originou-se na década de 1960 e desde então vem tendo amplo desenvolvimento e segue aplicado em vários contextos. Seu uso é definido por meio de vários construtos diferentes e a sua multidimensionalidade é reconhecida na literatura (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009; LAMOND; DEPP; ALLISON, 2009), que revela pouca concordância sobre as dimensões relevantes do tema. Destaca-se, todavia, o *Multidimensional Model of Successful Aging* (Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido - MMES), que propõe a avaliação de três dimensões de saúde: fisiológica, psicológica e social (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009). Sua utilização implica em uma abordagem gradual e contínua ao idoso, pois a avaliação do envelhecimento bem sucedido não deve ser definida em apenas uma avaliação.

O modelo reflete de forma realista a prevalência de condições crônicas e limitações funcionais nos idosos, permitindo a identificação precoce ou não de déficits físicos e limitações. Com a aplicação do modelo é possível identificar com êxito os idosos que estão envelhecendo com sucesso, sendo possível realizar a compensação da dimensão que estiver apresentando uma avaliação negativa. O MMES está ilustrado na Figura 1.

Cada círculo da Figura 1 representa uma dimensão do modelo em um dado critério, seja fisiológico, psicológico ou social. A área sombreada (A), no centro da interseção das três dimensões, representa os idosos que possuem menor ou nenhum déficit na avaliação em qualquer das dimensões. As outras três áreas sombreadas (B, C e D) representam os resultados esperados (sucesso) para duas dimensões de saúde que compõem o MMES, ou seja, um idoso com déficit na avaliação fisiológica por múltiplas condições crônicas, por

exemplo, pode obter uma avaliação positiva na dimensão psicológica e social e, com isso, pertencer à categoria envelhecimento bem sucedido.

Figura 1. *Multidimensional Model of Successful Aging*²



Fonte: Young, Frick e Phelan (2009); Young et al. (2009).

A avaliação do envelhecimento bem sucedido deve ser realizada por meio de uma abordagem inicial abrangente a fim de identificar os idosos que estão envelhecendo com sucesso, os que não estão e os que têm potencial para maximizar sua capacidade de envelhecimento bem sucedido. O resultado da aplicação do MMES pode ajudar o enfermeiro e demais profissionais da saúde no planejamento de ações, bem como auxiliar o idoso a melhorar alguma dimensão que esteja menos satisfatória (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009).

A maioria das produções científicas internacionais trata o envelhecimento bem sucedido a partir de uma avaliação multidimensional. Torna-se, portanto, necessário o resgate teórico acerca da temática, ou seja, como o tema vem sendo discutido pelos pesquisadores e a trajetória científica para se chegar ao MMES.

Pesquisas acerca do envelhecimento bem sucedido têm uma longa história na Gerontologia. A definição conceitual de envelhecimento bem sucedido, como uma condição em que um idoso experimenta a satisfação máxima na vida sem um custo relevante para a sociedade, recebe crédito como sendo a primeira definição de muitas que vieram sendo aprimoradas (HAVIGHURST, 1961).

² Reprodução da gravura autorizada pelos autores.

Desde então, pesquisadores de diversas áreas têm se desafiado em busca de um refinamento na definição de envelhecimento bem sucedido. Alguns autores acreditam que esta definição ainda não está totalmente finalizada, e justificam sua opinião baseados na ambiguidade do significado de sucesso, na complexidade do processo de envelhecimento humano, nas constantes mudanças sociais ocorridas e nas características da população idosa (IWAMASA; IWASAKI, 2011).

Na década de 1960 aconteceu o primeiro estudo longitudinal com idosos, cujo objetivo foi compreender as mudanças relacionadas ao envelhecimento e os seus reflexos na personalidade e no enfrentamento dessas alterações. Naquele estudo, 279 idosos foram acompanhados durante o período de seis anos, e ao longo desse tempo foram construídas as teorias de engajamento social, da atividade e da continuidade, as quais postulam que a consistência dos padrões de comportamento e relacionamento social são úteis para toda vida, contribuindo para o envelhecimento bem sucedido. Os pesquisadores, porém, perceberam que as teorias refletiam um olhar unidimensional (CUMMING; HENRY, 1961).

A questão da personalidade foi levada em consideração como fator fundamental para o envelhecimento bem sucedido. Ademais, estilo de vida, capacidade de adaptação, expectativas de vida, rendimentos econômicos, saúde, interações sociais, liberdades e restrições foram vistos como influenciadores da personalidade e, assim, inseridos na enorme complexidade do envelhecimento com sucesso (NEUGARTEN, 1972).

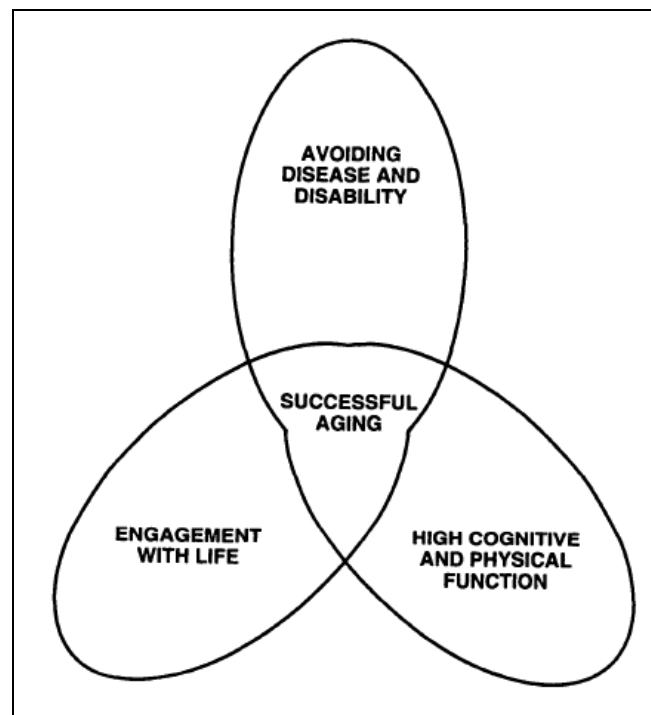
O sucesso no envelhecimento é individual, considerado um processo adaptativo ao longo da vida, que envolve três componentes: seleção, otimização e compensação. A seleção é caracterizada por restrições crescentes que são impostas por limitações físicas e cognitivas em que o idoso precisa selecionar ou especializar os seus esforços para áreas de alta prioridade. A otimização é quando os idosos continuam a exercer comportamentos que enriquecem e ampliam suas características físicas e as reservas mentais, o que lhes permite continuar a maximizar os seus percursos de vida. Já na compensação o indivíduo compensa usando estratégias psicológicas e tecnológicas como, por exemplo, o uso de aparelho auditivo. Estes três componentes interagem um com o outro de modo que um idoso pode sofrer uma redução na capacidade e perdas em funções específicas, mas pelo processo de seleção, otimização e compensação consegue criar um estilo de vida com mais qualidade (BALTES; BALTES, 1990).

Passados alguns anos, os pesquisadores apontaram que as teorias existentes não foram suficientes para explicar o envelhecimento bem sucedido, uma vez que o conceito parecia ser mais complexo e as teorias não consideravam o contexto sociocultural que envolve o

envelhecimento. Em 1984, a partir de uma pesquisa interdisciplinar, criou-se uma Rede de Investigação sobre envelhecimento bem sucedido, na qual a equipe de pesquisadores recrutou 4.030 idosos com idade entre 70 e 79 anos. Foram avaliados critérios físicos (como, por exemplo, a marcha e o equilíbrio), cognitivos (memória, habilidade visual e espacial), questões sociodemográficas e de histórico de saúde (por exemplo, presença de diabetes mellitus e acidente vascular cerebral) (IWAMASA; IWASAKI, 2011).

Mais tarde, em 1997, foi construído um modelo de envelhecimento bem sucedido com a combinação de baixa probabilidade de doenças e deficiências, bom funcionamento cognitivo e físico e engajamento com atividades sociais. O modelo (Figura 2) inclui as dimensões física, cognitiva, psicológica, social e aspectos da vida humana e tornou-se um protótipo para o conceito envelhecimento bem sucedido (ROWE; KAHN, 1997).

Figura 2. Modelo de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997)



Fonte: Rowe e Kahn (1997).

Esse modelo sofreu crítica e foi proposta a inclusão de hipóteses e potenciais consequências para os idosos vulneráveis, tais como os pobres e as pessoas não brancas (HOLSTEIN; MINKLER, 2003).

Em 2004 foi realizada uma pesquisa que teve como sujeitos asiáticos-americanos que foram contatados por e-mail para responder 20 questões sobre o envelhecimento e áreas afins. Os autores concluíram que o conceito de envelhecimento bem sucedido é multidimensional, e

que envolve crenças sobre a saúde física, funcional, social e psicológica (PHELAN et al., 2004).

Numa nova tentativa de aperfeiçoar o conceito foi realizada uma investigação com 72 idosos que residem em San Diego, Califórnia. Nesse estudo surgiram seis temas considerados importantes: atividade, adaptação, segurança, estabilidade financeira, saúde/bem-estar e engajamento social (REICHSTADT et al., 2007).

Em 2009, o MMES foi divulgado à comunidade científica, recomendando maior abrangência no que tange às dimensões de saúde. Além da estrutura conceitual já descrita, os autores propuseram uma definição operacional para o modelo, que serve de auxílio na avaliação dos idosos em relação a cada dimensão, com vistas a estabelecer as intervenções. Apesar de os autores apresentarem uma proposta de avaliação inicial do envelhecimento bem sucedido, organizado separadamente por dimensões, não há descrição da forma de mensuração objetiva quanto à compensação do idoso de uma dimensão para outra (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009).

Na avaliação da dimensão fisiológica os autores sugerem duas variáveis: as morbidades e as deficiências funcionais (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009). Dentre as morbidades encontram-se 17 condições crônicas prevalentes aos idosos: angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, fratura de quadril, osteoporose, osteoartrite de mãos, osteoartrite do joelho, osteoartrite dos quadris, artrite reumatóide, hérnia de disco, estenose espinal, acidente vascular encefálico, doença de parkinson, doenças pulmonares, diabetes mellitus e câncer.

As morbidades podem ser avaliadas pela soma dessas doenças crônicas ou pela identificação daquelas que estão presentes. As deficiências funcionais estão incluídas na dimensão fisiológica para conjecturar a gravidade da doença. O comprometimento inclui medidas de desempenho físico que podem ser analisadas pela capacidade do idoso em se manter de pé por longos períodos, levantar ou carregar peso com cerca de 10 kg, subir e descer escadas, caminhar, inclinar-se ou flexionar-se (se utiliza mãos, dedos ou os braços para se apoiar). Pode ser estabelecido um escore de 0 a 14, sendo que os escores mais altos indicam maior prejuízo no desempenho funcional.

Os componentes psicológicos são representados por três variáveis: função cognitiva, vitalidade emocional e depressão geriátrica. A função cognitiva pode ser mensurada pelo Miniexame do Estado Mental (MEES), cujo escore maior ou igual a 24 indica cognição intacta (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

A vitalidade emocional é definida por uma elevada independência pessoal, felicidade autorreferida e baixa ansiedade. Escores mais altos indicam melhor vitalidade emocional (PENNINX et al., 1998).

A depressão, comum em idosos, pode ser remediada com tratamento adequado e, preferencialmente, diagnóstico precoce. Ela pode ser medida pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (YESAVAGE et al., 1983), usada para determinar a forma como os idosos se sentem no dia da entrevista. Uma pontuação entre 0 e 5 é considerada normal; 6 a 10 indica depressão leve; e 11 a 15 depressão severa.

Os componentes sociológicos são caracterizados pelo engajamento com a vida (interações) e a espiritualidade. As relações sociais podem ter influências significativas no bem-estar, enquanto as relações solidárias podem contribuir para melhores resultados (COHEN; SYME, 1985; HOUSE; LANDIS; UMBERSON, 1988; BURKMAN; SYME, 1979).

O grau de interação com o ambiente e o envolvimento em atividades sociais pode ser alcançada a partir de cinco questionamentos sobre: 1) a satisfação com a contribuição na comunidade, bairro, religião, política ou outros grupos; 2) a satisfação com a forma como o idoso é respeitado pelos outros; 3) a satisfação com a quantidade de atividades em sua vida; 4) a satisfação com a ajuda recebida da família ou amigos; 5) a satisfação com a ajuda dada à família e aos amigos. A pontuação resumo pode ser criada com escores mais altos, indicando um maior grau de engajamento com a vida em termos de contato social, apoio social e interações (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009).

A espiritualidade e/ou compromisso religioso tem uma correlação positiva com os resultados de saúde e bem-estar dos idosos, e pode ser medida pelo Índice de Bem-Estar Espiritualidade (SIWB) (ELLISON, 1983; DAALEMAN; FREY, 2004).

O SIWB avalia o efeito da espiritualidade sobre o bem-estar do idoso com 12 perguntas breves que melhor descrevem os sentimentos, e cujas respostas variam de 1 a 5 (1. Concordo plenamente; 5. Discordo). A pontuação resumo pode ser criada com escores mais altos, os quais indicam maior espiritualidade, dependendo da distribuição dos dados (DAALEMAN; FREY, 2004).

A estrutura operacional proposta pelo MMES possibilita identificar possíveis riscos ou problemas reais que, ao serem observados e/ou tratados, visam compensar a(s) dimensão(ões) em que o problema está ligado, bem como desenvolver o equilíbrio e proporcionar o envelhecimento bem sucedido.

Mais recentemente, estudos têm se dedicado a revisar a literatura acerca da temática (MARTINSON; BERRIDGE, 2015; STOWE; COONEY, 2015; COSCO et al., 2014; JESTE; DEPP; VAHIA, 2010) e avaliar a prevalência do envelhecimento bem sucedido entre os idosos. Pesquisas realizadas com idosos chineses destacam a relação positiva entre o envelhecimento bem sucedido, a satisfação com a vida e o fato de os idosos terem objetivos para o futuro (CHOU; CHI, 2004; LI et al., 2006). Ainda na China foi realizado um estudo com 903 idosos de uma comunidade com o objetivo de avaliar a prevalência do envelhecimento bem sucedido por meio de funções físicas e mentais, bem como explorar determinantes associados aos idosos que não tinham nenhuma função cognitiva prejudicada (LI et al., 2006).

Para a mensuração do envelhecimento bem sucedido foi utilizado o *The Short Form-36 (SF-36)* (WARE; GANDEK, 1998), uma escala multidimensional que mede conceitos de saúde e qualidade de vida autorrelatadas. A escala representa o estado geral de saúde em dois componentes – o físico e o mental. Os autores avaliaram o envelhecimento bem sucedido e correlacionaram com dados sociodemográficos, a presença de doenças crônicas e a mensuração de fragilidade proposto por Fried et al. (2005), que consiste em cinco componentes: a) perda de peso não intencional; b) fraqueza; c) falta de resistência e energia; d) lentidão; e e) baixo nível de atividade física. A prevalência de envelhecimento bem sucedido foi de 10,4%. A maior proporção foi encontrada em idosos não frágeis (16,9%) e idosos pré-frágeis (7,2%) comparados aos idosos frágeis (0,9%). A regressão logística multivariada mostrou que os idosos pré-frágeis apresentam menores índices de envelhecimento bem sucedido quando comparados aos idosos não frágeis (LI et al., 2006).

No Canadá, ao longo de um ano foi realizado um inquérito domiciliar com uma amostra de 25.864 entrevistados, utilizando uma avaliação a partir do modelo conceitual de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997). Os pesquisadores utilizaram um construto multidimensional composto por baixa probabilidade de doenças e deficiências, bom funcionamento cognitivo e físico e engajamento com atividades sociais. O objetivo geral do estudo canadense foi estimar a prevalência do envelhecimento bem sucedido com o uso de um grande conjunto de dados de base populacional nacional. A prevalência de envelhecimento bem sucedido foi de 42,0% para os indivíduos com 60 anos ou mais, 37,2% entre aqueles com idade igual ou superior a 65 anos e não houve diferenças em taxa de prevalência de envelhecimento bem sucedido entre homens e mulheres (MENG; D'ARCY, 2014).

Na Malásia, estudiosos também vêm estudando o envelhecimento bem sucedido e desenvolveram um estudo para descrever a prevalência do mesmo. Para a determinação do

envelhecimento bem sucedido foi utilizado um modelo multidimensional, que engloba a prevenção de doenças crônicas e bom funcionamento físico e psicocognitivo (LACRUZ et al., 2010).

Em outro estudo realizado com idosos malaios, os pesquisadores identificaram a prevalência de 13,8% de envelhecimento bem sucedido entre os idosos. Na faixa etária de 80 anos ou mais, a prevalência foi de 5,8%; entre 70-79 anos, 9,8%; e a percentagem de envelhecimento bem sucedido entre os idosos na faixa etária entre 60-69 anos foi de 18,6% (HAMID; MOMTAZ; IBRAHIM, 2012).

Estudo de acompanhamento realizado com idosos residentes na Flórida (EUA), com idade de 65 anos ou mais, que também utilizou o modelo de Rowe e Kahn (1997), revelou as prevalências de 3,3% a 33,5% de envelhecimento bem sucedido (MCLAUGHLIN; JETTE; CONNELL, 2012).

Em Amsterdam, na Holanda, foi realizado um estudo multidisciplinar com uma amostra nacionalmente representativa de 2.241 entrevistados. O objetivo era determinar a prevalência e extensão do envelhecimento bem sucedido por intermédio do *Longitudinal Aging Study*. A análise de crescimento de classe latente foi usada para identificar trajetórias bem sucedidas de 16 anos em nove indicadores de funcionamento físico, cognitivo, emocional e social. O envelhecimento bem sucedido foi quantificado como o número de indicadores em que os respondentes individuais apresentaram trajetórias de sucesso (faixa 0 a 9). Tais trajetórias foram caracterizadas por estabilidade, declínio limitado ou até mesmo melhora do funcionamento ao longo do tempo. Dos entrevistados, 39,6% dos homens e 29,3% das mulheres tiveram sucesso em, pelo menos, sete indicadores; 7% dos homens e 11% das mulheres tiveram sucesso em menos de três indicadores. Proporções de respondentes bem sucedidos foram maiores em satisfação com a vida (> 85%) e menores em atividades sociais (<25%) (KOK et al., 2017).

Em 2015 foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre envelhecimento bem sucedido que buscou responder à seguinte pergunta: *na literatura acerca da Gerontologia Social publicada desde 1987, quais as preocupações expressas sobre modelos de envelhecimento bem sucedido e que sugestões para melhorias foram feitas para os modelos que representam uma construção importante para a Gerontologia Social?*

Os resultados revelaram quatro ideias gerais que, segundo o entendimento de muitos pesquisadores, ainda são limitadas e mal definidas sobre o envelhecimento bem sucedido. Um grupo de pesquisadores sugeriu, inclusive, uma expansão multidimensional do conceito e ofereceu uma vasta gama de adições para completar o modelo. Outro grupo defendeu a adição

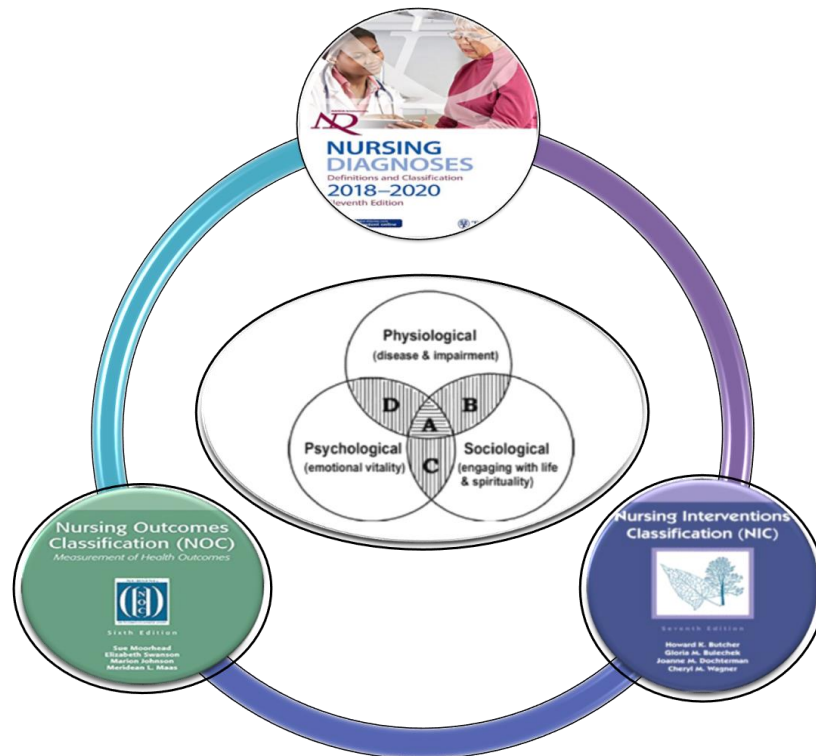
de significados subjetivos dos idosos para autorreferir o significado de envelhecimento bem sucedido. Outra ideia sugeriu a abrangência da definição que inclui toda a diversidade do envelhecimento a fim de evitar o estigma e a discriminação, e intervir para melhorar os contextos sociais, políticos e econômicos de envelhecimento (MARTINSON; BERRIDGE, 2015).

Ainda acerca do envelhecimento bem sucedido, pesquisa comparou mulheres idosas engajadas em atividades esportivas e mulheres que praticavam exercícios, e explorou a diferença em avaliações subjetivas de envelhecimento bem sucedido. A pesquisa foi aplicada a 256 mulheres com idade entre 60-92 anos de idade= que praticavam atividades esportivas ativas destacaram benefícios sociais e psicológicos, enquanto aquelas envolvidas em atividades baseadas em exercícios enfatizaram os resultados de aptidão física (BERLIN; KRUGER; KLENOSKY, 2016).

Com o objetivo de investigar a associação da posição socioeconômica de idosos com as medidas multidimensionais de envelhecimento bem sucedido, pesquisadores utilizaram dados de 1.733 homens e mulheres escoceses com idade entre 57 e 76 anos. Para a associação foi utilizado o modelo de Rowe e Kahn (1997) com 10 medidas de posição socioeconômica mensuradas na infância, no início e na idade adulta. Os autores concluíram que idosos com uma posição socioeconômica mais favorável têm o envelhecimento mais bem sucedido do que aqueles com posição menos favorável, sendo essa associação cumulativa ao longo da vida (WHITLEY; BENZEVAL; POPHAM, 2018).

Com base nos estudos internacionais que vêm sendo realizados destaca-se que as avaliações de idosos levam em consideração uma ou mais dimensões de saúde para a identificação do envelhecimento bem sucedido. Além disso, observa-se que os elementos estruturais e conceituais do MMES estão de acordo com os princípios do Processo de Enfermagem (PE) e os SLP NANDA- I, NIC E NOC, que requerem pensamento crítico e raciocínio diagnóstico na aplicação de suas etapas, bem como visa a avaliação contínua do idoso em busca de resultados positivos para as intervenções realizadas (Figura 3).

Figura 3. MMES e Sistemas de Linguagens Padronizadas NANDA- I, NIC E NOC



Fonte: elaboração própria da autora (2018).

3.2 Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas NANDA-I, NIC e NOC

O Processo de Enfermagem (PE) pode ser definido como a aplicação prática de um instrumento metodológico que organiza a assistência aos pacientes e favorece o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que o mesmo aconteça. Constitui-se em ações padronizadas e sequenciais que buscam o atendimento de modo integral ao sujeito, família e comunidade (BARRAGAN et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2015).

No Brasil, o PE foi introduzido a partir do modelo de Wanda Aguiar Horta, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Maslow, e na denominação de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de João Mohana. Constitui-se numa estrutura teórica que auxilia na coleta de dados objetivos e subjetivos dos idosos, em associação aos instrumentos específicos para as avaliações cognitiva, afetiva e funcional (CAVALCANTE et al., 2015), escolhida para este estudo por relacionar-se com as dimensões do MMES e possuir características multidimensionais na atenção ao indivíduo.

O PE foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio das Resoluções nº 358/2009 e 429/2012, que dispõem sobre as instituições de saúde públicas e privadas no Brasil, ressaltando as cinco etapas de sua organização: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem, sendo de responsabilidade do enfermeiro o registro do PE nos prontuários dos pacientes (ALMEIDA et al., 2011; COFEN, 2009; COFEN, 2012).

Em sua evolução, o PE foi descrito em três gerações distintas: a primeira (1950-1970) teve ênfase na identificação e resolução de problemas; na segunda geração (1970-1990) o PE passou a ser mais dinâmico e multifacetado com a inclusão dos diagnósticos de Enfermagem e, para isso, ancorou-se no raciocínio e pensamento crítico; a terceira geração (1990 até os dias atuais) traz a testagem na prática clínica de resultados que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem. Na atual geração, os SLP passaram a ser utilizados no ensino, na pesquisa e na assistência ao paciente. A utilização dos SLP caracteriza o processo de Enfermagem avançado que consiste na utilização de conceitos baseados em evidências, com diagnósticos de Enfermagem bem definidos, intervenções e resultados padronizados e explicados nas classificações de Enfermagem (SILVA; LUCENA, 2011; MÜLLER-STAU, et al. 2015; RABELO-SILVA et al., 2016).

O PE é fundamental para o raciocínio clínico dos profissionais enfermeiros e sua equipe, pois proporciona uma maneira organizada e sistemática de pensar sobre o atendimento que deve ser prestado ao paciente, possibilitando a organização da avaliação, planejamento das intervenções de enfermagem e evolução de cada caso (ALFARO-LEFEVRE, 2014). É composto por cinco etapas distintas e interligadas: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

Os elementos inerentes à aplicação das etapas do PE avançado pressupõem a utilização de SLP que fazem parte da elocução profissional. Os SLP são termos ou expressões que representam conceitos relevantes para a Enfermagem, bem como são instrumentos importantes que auxiliam os profissionais a lidar com a crescente complexidade da profissão no que se refere à produção de conhecimento, ao raciocínio clínico e à prática clínica, pois oferecem estrutura para organizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CAMPOS DE CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

São, também, um conjunto de termos comumente compreendidos, utilizados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos nas avaliações e posterior definição dos diagnósticos de Enfermagem, juntamente com as intervenções e resultados, padronizando os registros/documentação dos cuidados de Enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O uso de SLP na prática clínica contribui para o raciocínio clínico e a tomada de decisão para melhorar a saúde e os resultados dos pacientes (CAVALCANTE et al., 2015). Eles estabelecem uma elocução comum entre os enfermeiros no sentido de descrever o cuidado de Enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades, podendo ser utilizados em diferentes locais e dar visibilidade aos profissionais de Enfermagem no processo de trabalho (CAMPOS DE CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Além de visibilidade, as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC atribuem confiabilidade e validade para os registros de Enfermagem. A articulação entre as três taxonomias permite, ainda, a padronização da linguagem (AZZOLIN et al., 2013).

A utilização do PE associado aos SLP pode ser contemplada por meio da consulta de enfermagem a qual visa atingir excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente e, a implementação da consulta com modelos de cuidado estruturados proporciona, também, a possibilidade de avaliação crítica do cuidado, facilitando os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar (SOUSA et al., 2015).

Ainda sobre a consulta de enfermagem, a Resolução nº 159/93, do COFEN, descreve que a mesma emprega componentes do método científico, a fim de identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1993).

3.2.1 Classificação de diagnósticos de enfermagem: NANDA-I

O diagnóstico de enfermagem é definido pela NANDA-I como um “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou a uma vulnerabilidade para essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade.” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 464).

A taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) é reconhecida como uma terminologia consolidada de diagnósticos de enfermagem, organizada de forma multiaxial, com sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos (na versão 2018-2020 foram inseridos 17 novos diagnósticos). Cada diagnóstico de enfermagem pertence a um dos domínios (esfera de atividade, estudo ou interesse) e classes (divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau) apresentados na NANDA-I, e são organizados por ordem alfabética e por um código numérico composto por título, definição, características

definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além disso, a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I desempenha importante papel ao descrever, de modo padronizado, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, apontando para as possíveis áreas de contribuição da Enfermagem no cenário de cuidados à saúde (FERREIRA et al., 2016).

A taxonomia II da NANDA-I está estruturada de acordo com o modelo de terminologia da *International Standards Organization* (ISO), que é multiaxial e se divide em sete eixos em relação a um diagnóstico de enfermagem: Eixo 1 – o foco do diagnóstico; Eixo 2 – sujeito do diagnóstico; Eixo 3 – julgamento; Eixo 4 – localização; Eixo 5 – idade; Eixo 6 – tempo; e Eixo 7 – situação do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O Eixo 1 descreve a resposta humana; o Eixo 2 são o indivíduo, a família, o grupo, o cuidador e a comunidade; o Eixo 3 é o julgamento que limita ou especifica o sentido do foco do diagnóstico de enfermagem; o Eixo 4 descreve as partes/regiões do corpo e as funções relacionadas; o Eixo 5 refere-se à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico; o Eixo 6 é a duração do conceito diagnóstico. As condições dos diagnósticos organizados no eixo 7 se referem à realidade, à potencialidade ou à categorização do diagnóstico de enfermagem, organizados em diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde, risco e síndrome.

Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema descrevem a resposta humana indesejada às condições de saúde/processos de vida existentes no momento atual. Os de promoção da saúde são a motivação e os desejos de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem-estar, concretizar o potencial de saúde existente no momento. Os de risco são caracterizados pela suscetibilidade para desenvolver uma resposta humana indesejável à condição de saúde/processos de vida. Os de síndrome se referem a um julgamento clínico relativo a um agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na nova versão da NANDA-I 2018-2020³ foram acrescentados dois novos termos (população em risco e condições associadas), os quais são úteis para se fazer um diagnóstico de enfermagem mesmo que não sejam independentemente tratáveis pelo enfermeiro. A nova edição traz 72 revisões de diagnósticos de modo a incorporar a diversidade e as diferenças de prática no mundo. Essa taxonomia se caracteriza por um corpo de conhecimento da Enfermagem e os diagnósticos de enfermagem novos se baseiam em evidências descritas em

³ Tradução de parte do texto realizada pela autora.

estudos realizados nas diferentes partes do mundo, os quais foram submetidos, analisados, revisados e aprovados por enfermeiros, pesquisadores e educadores (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

3.2.1.1 Diagnósticos de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil (SIF) e Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) e o Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES)

Entre os diagnósticos de enfermagem revisados se destacam os diagnósticos RSIF e SIF que permanecem no domínio 1 – promoção da saúde, e na classe 2 – controle da saúde. O domínio *promoção da saúde* se define por um julgamento clínico a respeito da motivação do indivíduo, família ou comunidade para aumentar o bem-estar e alcançar melhores respostas, expressas por uma disposição em melhorar comportamentos de saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A revisão dos diagnósticos RSIF e SIF consistiu na reorganização e inserção de alguns elementos (HERDMAN; KAMITSURU, 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 145), os quais estão organizados no quadro comparativo (Quadro 1). Antes de apresentar a comparação destacam-se algumas considerações:

- as características definidoras do diagnóstico de enfermagem SIF não foram alteradas na nova versão;
- os fatores de risco e fatores relacionados são os mesmos para os dois diagnósticos com apenas um acréscimo ao RSIF: fator de risco “*Conhecimento insuficiente de fatores modificáveis*”;
- as características de população em risco e condições associadas são as mesmas para SIF e RSIF;
- na segunda coluna consta a forma como os elementos se apresentavam na versão 2015-2017.

Quadro 1. Comparação entre as versões da NANDA-I dos elementos dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF

Diagnóstico de enfermagem SIF – Versão 2018 -2020	
Características definidoras	
Intolerância à atividade Déficit no autocuidado para banho Débito cardíaco diminuído Déficit no autocuidado para vestir-se Fadiga Desesperança Déficit no autocuidado para alimentação Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais Memória prejudicada Mobilidade física prejudicada Deambulação prejudicada Isolamento social Déficit no autocuidado para higiene íntima	
Fatores relacionados para SIF e fatores de risco para RSIF - Versão 2018 -2020	Versão 2015-2017
Intolerância à atividade	Característica definidora e fator de risco
Ansiedade	Fator de risco
Atividade física diária inferior para o gênero e a idade	Fator de risco
Redução na energia	Fator de risco
Redução na força muscular	Fator de risco
Depressão	Fator de risco
Exaustão	Fator de risco
Medo de queda	Fator de risco
Imobilidade	Fator de risco
Equilíbrio prejudicado	Fator de risco
Mobilidade prejudicada	Fator de risco
Apoio social insuficiente	Fator de risco
Desnutrição	Fator relacionado e fator de risco
Fraqueza muscular	Fator de risco
Obesidade	Fator de risco
Tristeza	Fator de risco
Estilo de vida sedentário	Fator relacionado e fator de risco
Isolamento social	Fator de risco
Conhecimento insuficiente de fatores modificáveis*	-
População em risco para RSIF e SIF - Versão 2018 -2020	Versão 2015-2017
Idade > 70 anos	Fator de risco
Espaço de vida limitado	Fator de risco
Desvantagem financeira	Fator de risco
Etnia diferente da caucasiana	Fator de risco
Gênero feminino	Fator de risco
História de quedas	Fator relacionado e fator de risco
Morar sozinho	Fator relacionado e fator de risco
Baixo nível educacional	Fator de risco
Hospitalização prolongada	Fator relacionado e fator de risco
Vulnerabilidade social	Fator de risco

Condições associadas para RSIF e SIF – Versão 2018 -2020	Versão 2015-2017
Alteração na função cognitiva	Fator relacionado e fator de risco
Processo de coagulação alterado	Fator de risco
Anorexia	Fator de risco
Doença crônica	Fator relacionado e fator de risco
Redução da concentração sérica de 25- hidroxivitamina D, redução da energia	Fator de risco
Disfunção da regulação endócrina	Fator de risco
Transtorno psiquiátrico	Fator relacionado
Sarcopenia	Fator relacionado e fator de risco
Obesidade sarcopênica	Fator relacionado e fator de risco
Déficit sensorial (por ex., visual, auditivo)	Fator de risco
Resposta inflamatória suprimida	Fator de risco
Perda não intencional de 25% peso corporal em 1 ano	Fator de risco
Perda não intencional do peso > 4,5kg em 1 ano	Fator de risco
Caminhada de 4m requer mais de 5 segundos	Fator de risco

(*) Só fator de risco.

Fonte: elaboração própria da autora (2018).

As características definidoras são “pistas/inferências passíveis de observação que agrupam-se como manifestações de um diagnóstico de enfermagem”. (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 26). Quanto mais características definidoras são identificadas no paciente, mais precisa é a seleção do diagnóstico.

“Os fatores relacionados são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema e incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências com certo tipo de relação com o diagnóstico” e, são identificados com base na análise dos dados coletados (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 26).

Os fatores de risco são influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 26) e caracterizam a vulnerabilidade para o desenvolvimento do diagnóstico de síndrome.

As populações em risco são grupos de pessoas que compartilham uma característica que faz com que cada membro seja suscetível a uma resposta humana particular, como dados demográficos, saúde/história familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Tais condições não são modificáveis independentemente pelo profissional enfermeiro, mas podem contribuir para a precisão no diagnóstico de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Estudo realizado com o objetivo de analisar conceitualmente o diagnóstico de enfermagem “*Síndrome da fragilidade no idoso*” permitiu identificar outras oito além das 13

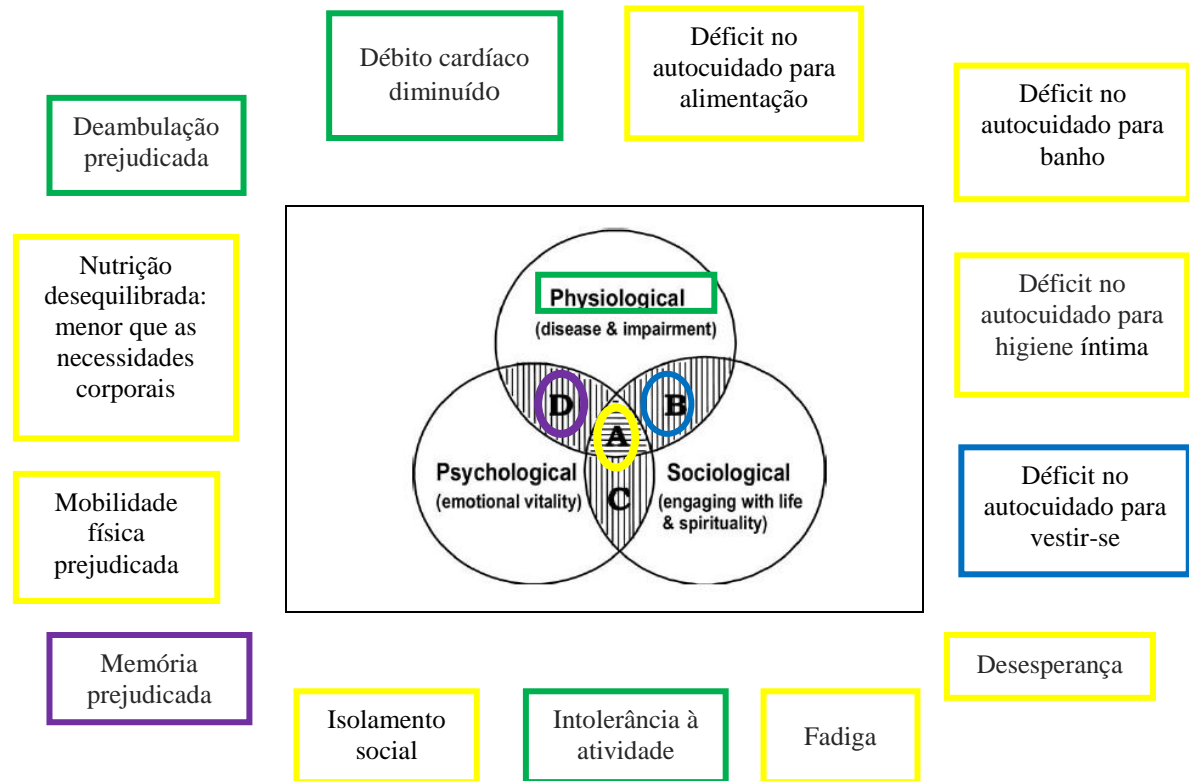
características definidoras, e além dos 18 fatores relacionados foram identificados outros seis (LINCK, 2015). Para a construção do modelo multidimensional, entretanto, utilizou-se as características definidoras (13), fatores relacionados (10), fatores de risco (41) apresentados na NANDA-I, versão 2015-2017, pois o desenvolvimento da pesquisa ocorreu antes da publicação da nova versão nos Estados Unidos da América.

Destaca-se, todavia, que para as aproximações a seguir foram utilizadas as 13 características definidoras, os 18 fatores relacionados, os 19 fatores de risco, as 10 características de população em risco e as 14 condições associadas dispostas na nova versão da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico SIF propõe a avaliação de mais do que um domínio de saúde, ou seja, perpassa a avaliação fisiológica, psicológica e social. Dessa forma, buscou-se atrelar os elementos do diagnóstico ao MMES, buscando aproximar as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas às dimensões de cuidado fisiológico, psicológico e social, sendo que alguns elementos podem estar ligados a mais de uma dimensão. Essas aproximações estão representadas nas Figuras 4, 5, 6, 7 e 8.

As aproximações foram realizadas somente com os diagnósticos de Risco e Síndrome do Idoso Frágil (NANDA-I, 2018-2020), pois o MMES traz somente uma proposta de avaliação inicial do idoso, sem mencionar possibilidades de intervenções e avaliação da evolução do idoso.

Figura 4. Características definidoras do diagnóstico de enfermagem SIF/dimensões do MMES

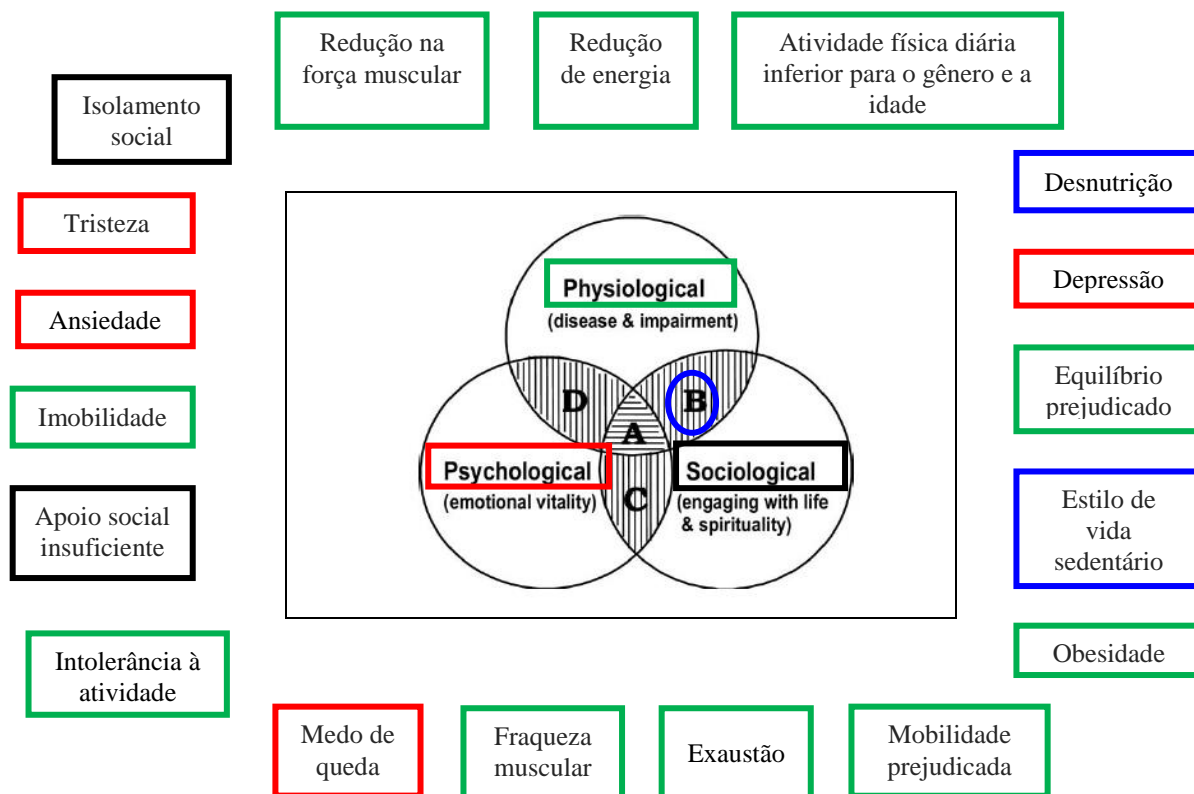


Fonte: elaboração própria da autora (2018).

Legenda:

- Relação da característica definidora com a interseção entre dimensão fisiológica, psicológica e social
- Relação da característica definidora com a interseção entre dimensão fisiológica e psicológica
- Relação da característica definidora com a interseção entre dimensão fisiológica e social
- Relação da característica definidora com a dimensão fisiológica

Figura 5. Fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem SIF/dimensões do MMES

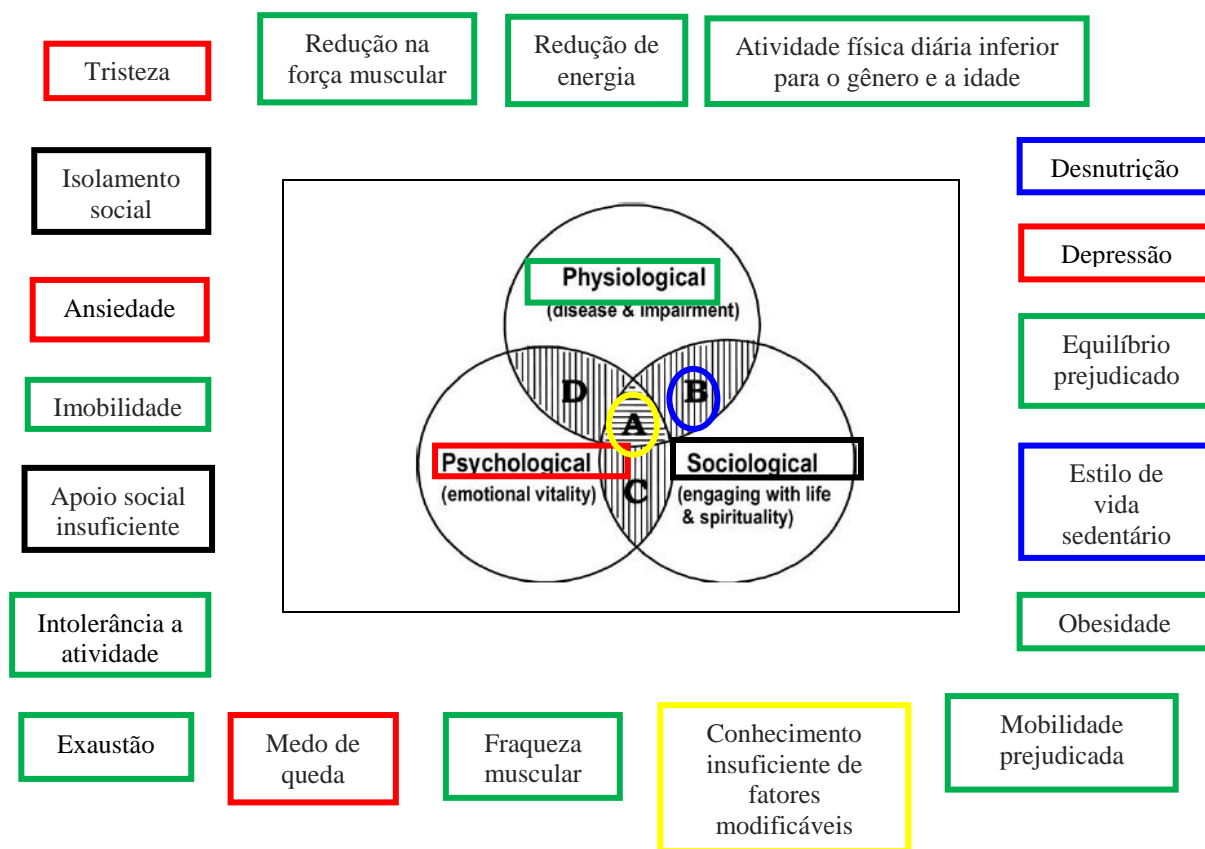


Fonte: elaboração da própria autora (2018).

Legenda:

- Relação do fator relacionado com a dimensão psicológica
- Relação do fator relacionado com a dimensão social
- Relação do fator relacionado com a interseção entre dimensão fisiológica e social
- Relação do fator relacionado com a dimensão fisiológica

Figura 6. Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem RSIF/dimensões do MMES

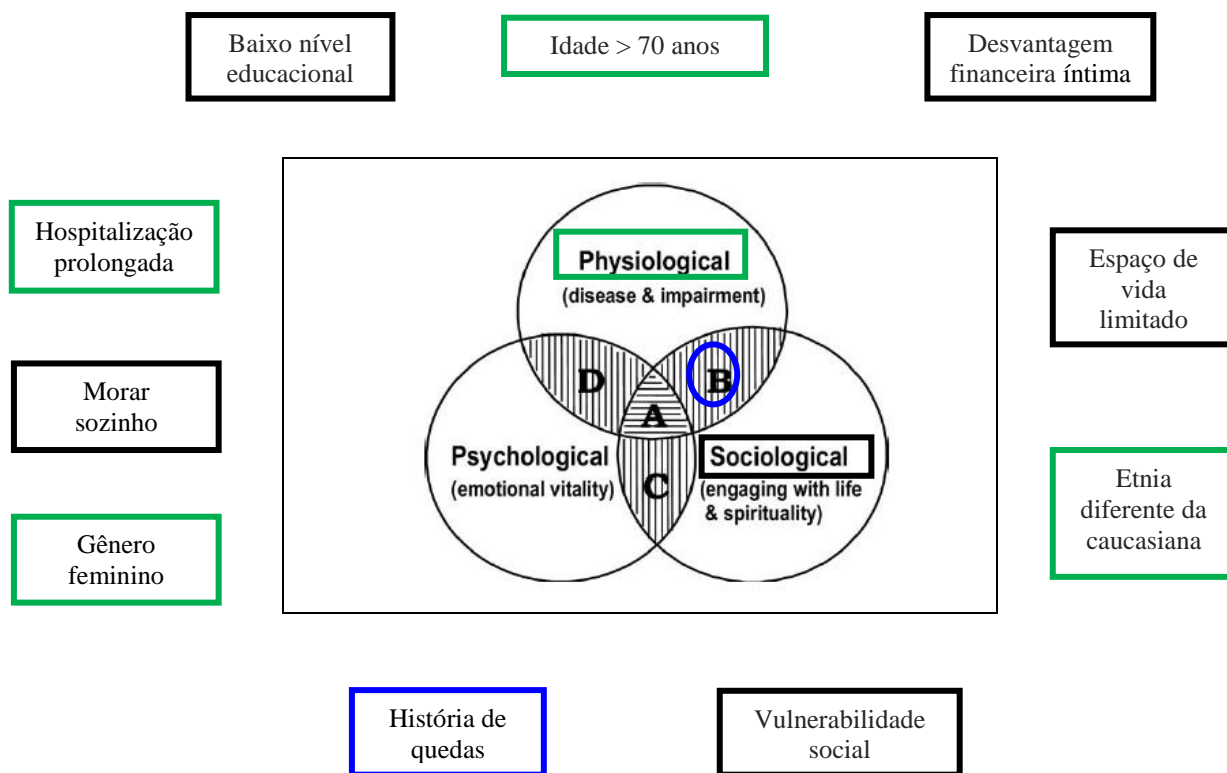


Fonte: elaboração da própria autora (2018).

Legenda:

- Relação do fator de risco com a interseção entre dimensão fisiológica, psicológica e social
- Relação do fator de risco com a dimensão fisiológica
- Relação do fator de risco com a interseção entre dimensão fisiológica e social
- Relação do fator de risco com a dimensão social
- Relação do fator de risco com a dimensão psicológica

Figura 7. População em risco para os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF/dimensões do MMES

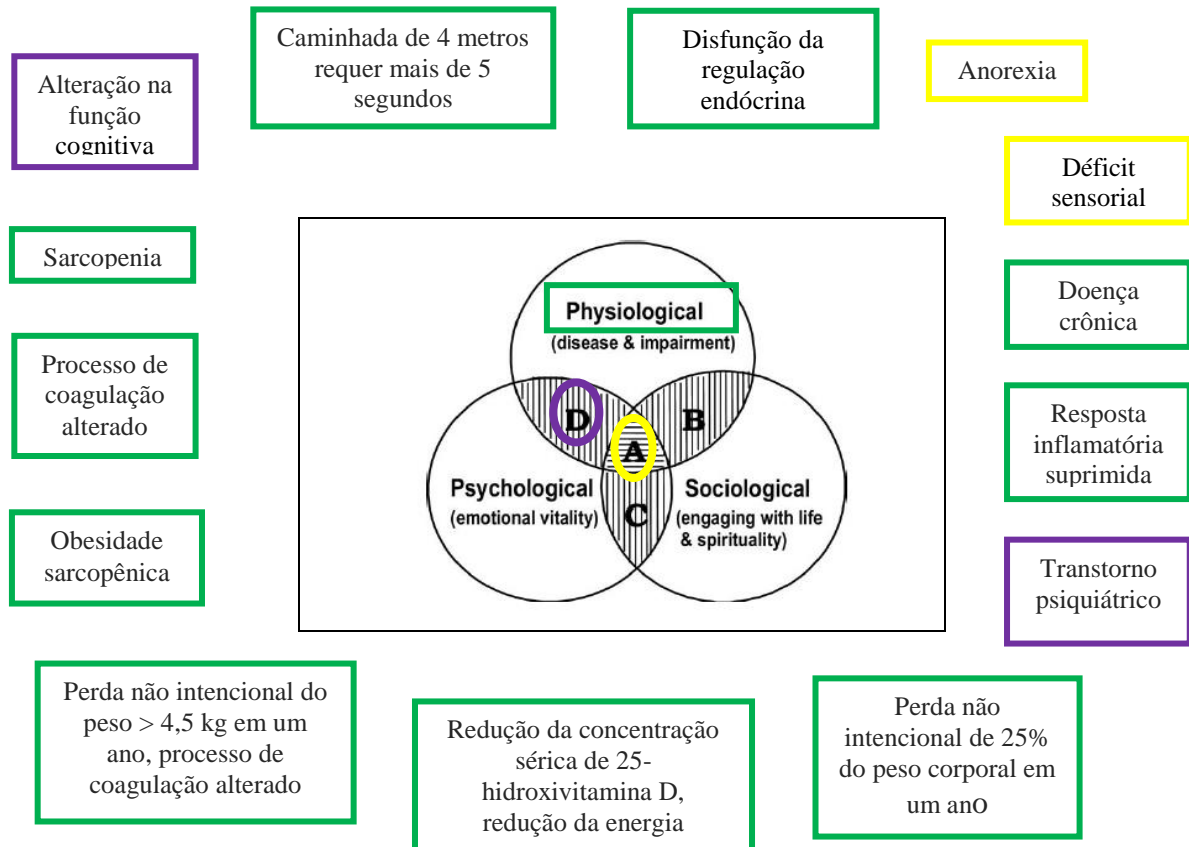


Fonte: elaboração da própria autora (2018).

Legenda:

- Relação da população em risco com a dimensão fisiológica
- Relação da população em risco com a interseção entre dimensão fisiológica e social
- Relação da população em risco com a dimensão social

Figura 8. Condições associadas dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF/dimensões do MMES



Fonte: elaboração da própria autora (2018).

Legenda:

- Relação da condição associada com a interseção entre dimensão fisiológica, psicológica e social
- Relação da condição associada com a dimensão fisiológica
- Relação da condição associada com a interseção entre dimensão fisiológica e psicológica

3.2.2 Classificação dos resultados de enfermagem: NOC

A NOC é uma classificação que se encontra em processo de contínuo desenvolvimento e refinamento. Consiste em uma escolha viável para avaliar e identificar as melhores práticas de Enfermagem e a efetividade do cuidado, uma vez que gera indicadores de qualidade da assistência (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015).

A taxonomia da NOC contém resultados de enfermagem para indivíduos, famílias, cuidadores e comunidades, e pode ser utilizada com todas as especialidades e contextos da prática clínica. Cada resultado é composto por título, definição, código numérico e uma lista de indicadores, os quais são definidos como medidas para avaliar os resultados obtidos, pois são sensíveis às intervenções de enfermagem. A avaliação dos resultados é a operação que decide o melhor indicador a ser utilizado, a forma e o tempo em que será quantificado por meio de escalas do tipo Likert de cinco pontos, em que o escore 1 representa desvio severo; o escore 2, desvio substancial; o escore 3, desvio moderado; o escore 4, desvio leve; e o escore 5, normal (MOORHEAD et al., 2018).

Na edição atual (6^a)⁴ estão disponíveis 540 resultados, sendo que foram inclusos 52 novos resultados, distribuídos em sete domínios e 34 classes. Uma característica da NOC é a utilização de mais de um tipo de escala para medir o mesmo resultado (MOORHEAD et al., 2018).

As escalas utilizadas na avaliação dos resultados possuem um alto grau de subjetividade, o que torna a sua aplicação um fator dificultador na prática clínica. Por isso, as definições conceituais e operacionais devem ter embasamento teórico-científico a fim de fundamentar a avaliação clínica, fornecendo critérios de avaliação, acurácia, confiabilidade e a possibilidade de replicação em outros cenários de cuidado do enfermeiro (MOORHEAD et al., 2018).

A NOC recomenda que o enfermeiro estabeleça uma avaliação basal do paciente para que o resultado seja medido antes da implementação das intervenções de enfermagem. O intervalo para medir os resultados é determinado pelo enfermeiro, entretanto, propõe-se que sejam avaliados na alta do paciente, na transferência para outra unidade de cuidados ou quando há uma mudança significativa no estado clínico do paciente (BARRETO; SWANSON; ALMEIDA, 2016).

É importante lembrar que o tempo para as respostas do paciente às intervenções implementadas podem variar, assim como o intervalo entre as avaliações subsequentes, que também poderão diferenciar de acordo com os resultados que o enfermeiro deseja medir. Os resultados das intervenções de promoção da saúde podem ocorrer durante um tempo considerável enquanto para outros são imediatos. Atualmente, os enfermeiros utilizam o julgamento clínico para determinar os intervalos para mensuração e documentação do resultado (MOORHEAD et al., 2018).

⁴ Ainda não traduzida para o português.

Embora a NOC enfatize os resultados que são mais responsivos às intervenções de enfermagem, eles são potencialmente influenciados por outras disciplinas da área da saúde. Por isso, emerge a necessidade do desenvolvimento de estudos de validação de consenso com abordagem em populações específicas para subsidiar o conhecimento e a qualificação dessa taxonomia (BARRETO; SWANSON; ALMEIDA, 2016; LUCENA et al., 2013).

Nos últimos cinco anos houve um aumento no número de estudos realizados com a NOC no Brasil, o que sugere que a classificação vem conquistando espaço no cenário de pesquisas no país. De modo semelhante, o elevado número de estudos que visam realizar a validação dos resultados de enfermagem vai ao encontro da preocupação em legitimar os elementos que compõem a classificação antes de sua implementação (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015).

Exemplo disso é uma pesquisa realizada recentemente que visou analisar o resultado de enfermagem “*Comportamento de prevenção de quedas*”, e validar clinicamente os seus indicadores em pessoas com Acidente Vascular Cerebral. Após validar 12 indicadores os autores manifestaram que o processo de validação clínica faz com que os indicadores e resultados de enfermagem sejam adequados a populações específicas, pois proporcionam um meio eficaz para melhor avaliar as ações de Enfermagem (COSTA et al., 2017).

Neste sentido, destaca-se a pesquisa de validação de resultados NOC para o diagnóstico de enfermagem “*Dor aguda*”, em que as autoras validaram o conteúdo de sete resultados e 103 indicadores por meio da opinião de peritos (LUCENA et al., 2013).

Além da validação de resultados e indicadores, estudos têm objetivado verificar a aplicabilidade clínica da NOC em diferentes contextos de cuidado, como na avaliação de pacientes oncológicos com diagnóstico de enfermagem de dor aguda ou crônica em uma unidade de cuidados paliativos para pacientes com Insuficiência Cardíaca. Realizou-se medição domiciliar de dois resultados de enfermagem NOC durante um período de seis meses em pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada (MELLO et al., 2016; AZZOLIN et al., 2015; BARRAGAN et al., 2015).

Com relação à aplicabilidade da NOC no contexto de cuidado ao idoso, pesquisadores têm se dedicado a validar e aplicar resultados de enfermagem. Dentre eles se destaca uma pesquisa que objetivou verificar a confiabilidade interavaliadores para indicadores do resultado “*Eliminação urinária em idosos em pós-operatórios*” (BITENCOURT et al., 2015). Além desse, outro estudo buscou avaliar com a NOC a eficiência do plano de cuidados de Enfermagem, aplicado em mulheres idosas com incontinência urinária que vivem em instituições de longa permanência (GENCBAS; BEBIS; CICEK, 2017).

Além dos estudos clínicos foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar o conhecimento produzido sobre os resultados de enfermagem da NOC no período de 2010 a 2014. Verificou-se que o conhecimento produzido tem abordado aspectos de tradução e adaptação cultural de resultados, avaliação da aplicabilidade e validação de seus itens (SILVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2015).

Por fim, a mensuração dos resultados de enfermagem permite à equipe conhecer e estudar os efeitos das intervenções, validando-os caso os pacientes estejam respondendo e averiguando a necessidade de revisão nos planos de cuidado. O uso de uma linguagem padronizada possibilita a documentação estruturada das ações de cuidado e uma comunicação clínica mais efetiva, garantindo a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, assim como dos profissionais.

A NOC é complementar a outras duas classificações – a NANDA-I e a NIC. Essas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE. Trata-se de uma alternativa para ser associada ao MMES na determinação do envelhecimento bem sucedido.

3.2.3 Classificação de intervenções de enfermagem: NIC

A NIC é considerada uma classificação abrangente padronizada das intervenções e é útil para o planejamento do cuidado, documentação clínica, comunicação entre áreas, integração de dados em sistemas, avaliação de competência, pesquisa e eficácia, mensuração de produtividade e planejamento curricular. Pode ser utilizada em todos os locais da prática do enfermeiro, pois contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano. Pode, também, ser associada a qualquer terminologia diagnóstica e a qualquer referencial teórico (BUTCHER et al., 2018)⁵ como, por exemplo, o MMES.

É organizada em intervenções e atividades de Enfermagem elaboradas para tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e sintomas) de um diagnóstico de enfermagem estabelecido. As intervenções de enfermagem são definidas como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente.” (BUTCHER et al., 2018, p. xvii).

⁵ Ainda não traduzida para o português.

As intervenções são direcionadas para alterar os fatores etiológicos ou causas do diagnóstico. Se a intervenção é bem sucedida na alteração da etiologia, pode-se esperar que o estado do paciente melhore. Quando, porém, não é possível modificar os fatores etiológicos, torna-se necessário tratar as características definidoras (BUTCHER et al., 2018).

Como exemplo pode-se citar uma pesquisa que objetivou avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem NIC, utilizando os resultados de enfermagem NOC em pacientes com insuficiência cardíaca em atendimento domiciliar. Das 11 intervenções da NIC implementadas, oito se mostraram eficazes, ou seja, apresentaram melhora significativa entre a primeira e a quarta visita domiciliar (AZZOLIN et al., 2013).

As intervenções incluem cuidados diretos que se caracterizam por tratamentos realizados por meio da interação com o paciente, os quais visam ações no âmbito fisiológico e psicossocial, bem como ações práticas de apoio e aconselhamento para a vida. Os cuidados indiretos constituem tratamentos realizados à distância, com ações voltadas à gestão do ambiente (BULECHEK et al., 2016). Tais intervenções estão inseridas em um domínio e uma classe e são compostas por título, definição e um código numérico padrão.

A última versão (7^a) apresenta 565 intervenções organizadas da forma semelhante às quatro edições anteriores, agrupadas em 30 classes e sete domínios: fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade. Algumas intervenções estão localizadas em mais de uma classe, mas cada uma tem o seu número exclusivo (código) que identifica a classe primária. As intervenções NIC identificam os tratamentos que os enfermeiros realizam, organizando essas informações em uma estrutura coerente e fornecendo a linguagem para a comunicação com pessoas, famílias, comunidades, membros de outras disciplinas e público em geral. Quando utilizadas na prática clínica, auxiliam na documentação do trabalho dos enfermeiros, bem como determinam o impacto das intervenções nos resultados dos pacientes (BUTCHER et al., 2018).

Para auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem é importante observar alguns fatores para uma melhor prática clínica: a base científica para a intervenção (pesquisas indicam a eficácia da utilização da intervenção em alguns pacientes); a viabilidade para desempenhar (necessidade de considerar as intervenções de outros profissionais, o custo e o tempo necessário para implementar); a aceitabilidade do paciente (o paciente deverá receber informação sobre cada intervenção e de como se espera que ele participe); e a capacidade do enfermeiro (conhecimento científico, competências psicomotoras e interpessoais e articulação no meio específico) (BULECHEK et al., 2016).

Nesse sentido, pesquisadores têm se empenhado em realizar pesquisas que auxiliem os enfermeiros na escolha das intervenções, como, por exemplo, o estudo de mapeamento cruzado, que permitiu identificar o registro de pacientes com doença de parkinson (participantes de um programa de reabilitação), além da linguagem de Enfermagem prescrita pelos enfermeiros, que facilitou a sua comparação com a linguagem padronizada NIC, reconhecida mundialmente. Além disso, possibilitou determinar as intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica dos enfermeiros reabilitadores, incentivando a padronização da linguagem que viabiliza a documentação de informações, contribui para o cuidado do paciente e facilita a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde (TOSIN et al., 2016).

De forma semelhante, outra pesquisa identificou os cuidados de Enfermagem prescritos para pacientes hospitalizados com risco de quedas e comparou-os às intervenções da NIC. Verificou-se que as intervenções mais relevantes para os pacientes com diagnóstico de risco de quedas, considerando o número de prescrições e o número de diferentes cuidados encontrados, foram: “*Controle do ambiente: segurança*” e “*Prevenção de quedas*” (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

No que tange à validação das intervenções, pesquisadores da área têm investido em áreas específicas de cuidado para diferentes diagnósticos de enfermagem como, por exemplo, a validação de intervenções e atividades de Enfermagem propostas pela NIC para pacientes adultos, com insuficiência renal aguda ou doença renal crônica agudizada, em terapia hemodialítica com diagnósticos de enfermagem “*Volume de líquidos excessivo*” e “*Risco de volume de líquidos desequilibrado*”. O estudo validou como prioritária a intervenção da NIC “*Controle hídrico*” com oito atividades de enfermagem para pacientes com o diagnóstico de enfermagem “*Volume de líquidos excessivo*” e oito atividades para o diagnóstico de enfermagem “*Risco de volume de líquidos desequilibrado*”. Dentre essas atividades, seis foram validadas como prioritárias para ambos os diagnósticos, sendo que as intervenções consideradas prioritárias são as mais prováveis para a sua solução (LUCENA et al., 2017).

Com relação às intervenções de enfermagem NIC voltadas ao idoso, destaca-se o estudo de mapeamento cruzado entre os termos da linguagem de Enfermagem com a NIC em prontuários de idosos com transtornos psiquiátricos. O estudo mostrou que dos sete domínios da NIC somente dois não foram mapeados: “*Sistemas de saúde*” e “*Comunidade*”. As autoras consideram, todavia, que possam ter existido ações de Enfermagem desenvolvidas nesses domínios, mas que não foram descritas no prontuário (SILVA; SANTANA; SOUZA, 2016).

Ao analisar os domínios da NIC (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade) conclui-se que eles atendem às três dimensões do MMES que embasam esta pesquisa. Nesse conjunto, portanto, existem intervenções que visam melhorar ou sanar os diagnósticos de enfermagem elencados.

Conforme mencionado na introdução deste estudo, ainda não há estudos suficientes para avaliar o envelhecimento bem sucedido sob o prisma da Enfermagem. Por essa razão, a NOC e o NIC se apresentam como alternativas de referências a serem utilizadas.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa desenvolvido em duas etapas: a primeira compreende um estudo de validação de conteúdo e a segunda uma pesquisa de resultados, que contempla um estudo quase experimental do tipo grupo único, antes e depois, não randomizado (POLIT; BECK, 2011). Nesse tipo de estudo, o paciente é seu próprio controle, antes e após a intervenção.

Na etapa de validação de conteúdo utilizou-se a opinião de especialistas acerca do modelo elaborado (MMES associado aos SLP-NNN), que contém informações da anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem a ser aplicado em consulta de enfermagem ao idoso. A opinião de especialistas tem sido amplamente utilizada em pesquisas de Enfermagem, com vistas a estabelecer padrões de uso de sistemas de classificações à prática clínica (LUNNEY et al., 2010; AZZOLIN et al., 2012; MELLO et al., 2016; JUCHEM; ALMEIDA, 2017).

A segunda etapa do estudo caracterizou-se como uma pesquisa de resultados que buscou documentar a aplicação do modelo multidimensional na prática clínica, avaliando a eficiência das intervenções de enfermagem por meio de indicadores clínicos da NOC (POLIT; BECK, 2011; MOORHEAD et al., 2016). Para tanto, avaliou-se cada idoso nas consultas de Enfermagem em pelo menos quatro momentos distintos, ao longo de dois meses, a fim de comparar e verificar as mudanças no seu estado de saúde (MOORHEAD et al., 2016). A prática garantiu o caráter quase experimental (antes e depois) ao estudo, e estabeleceu que a coleta das informações dos participantes fosse realizada ao longo de um período para avaliar o impacto das intervenções e obter os resultados positivos ou negativos (POLIT; BECK, 2011; MEDRONHO et al., 2006).

4.2 Local e período do estudo

A segunda etapa do projeto foi realizada na Cidade do Idoso (CI), que faz parte de um programa municipal da Cidade de Chapecó/SC e fica situada no Parque de Exposições Tancredo Neves (Efapi). A CI é mantida com recursos da Prefeitura Municipal e com subsídio do Governo Federal, repassado por meio do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), uma ação integrante do Programa Fome Zero.

Em 2008, a Administração Municipal de Chapecó decidiu utilizar a estrutura do parque de exposições para oferecer aos idosos um lugar onde pudessem realizar avaliação completa de saúde, exercícios físicos com acompanhamento, diversão, informação e convívio social, almejando bem estar e qualidade de vida.

Neste local foram utilizados espaços para instalar equipamentos de academia, pilates, pista de caminhada e corrida com acompanhamento, igreja ecumênica, restaurante, sala de aula para alfabetização e séries iniciais, biblioteca, cinema, sala de aula para informática, aula de teatro, música e dança artística. A CI ainda dispõe de áreas de lazer, jogos e atividades recreacionais, além de Unidade de Saúde (US) e uma piscina com ambiente climatizado, adequada à realização de hidroginástica, que é uma das principais atividades prescritas.

Para se vincular ao Programa Cidade do Idoso é necessário que o interessado tenha 60 anos ou mais de idade, que resida no município de Chapecó, seja na área urbana ou rural, e que realize uma avaliação inicial com o geriatra. Além da consulta com o geriatra, o idoso iniciante passa por consulta de enfermagem para avaliação multidimensional realizada pelo enfermeiro e acadêmicos de Enfermagem. Apesar de ser uma prática existente na CI, a consulta de enfermagem não utilizava os SLP até o início da presente investigação.

As intervenções são realizadas de forma multiprofissional, incluindo geriatra, enfermeiro, estudantes de Enfermagem (por meio do ensino, pesquisa e extensão), técnico de enfermagem, educadores físicos, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo e assistente social.

Os pacientes, na maioria das vezes, são atendidos nas suas diferentes necessidades de saúde pelos profissionais da equipe multidisciplinar da CI, como, por exemplo, a Psicologia e a Fisioterapia, áreas que possuem grande demanda. Situações que, eventualmente, não tenham solução na CI, são encaminhadas aos serviços de atenção primária em saúde do município, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A infraestrutura da CI contém consultórios devidamente equipados, onde foram realizadas as consultas de Enfermagem previamente agendadas, em horários distintos à realização das atividades obrigatórias do programa.

Vale ressaltar que o deslocamento dos idosos até a CI se dá por transporte público ou por carro particular, quando são levados por algum familiar por conta própria. Essa forma de deslocamento é a utilizada pelos idosos que frequentam o programa da CI, não havendo nenhum incremento para os que fizeram parte da pesquisa. Para se manter vinculado à CI, o idoso precisa frequentá-la regularmente, o que inclui atividade física obrigatória e outras atividades de escolha.

A Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), por intermédio do curso de Graduação em Enfermagem possui convênio com a CI, o que permite a realização de inúmeras atividades de ensino, pesquisa e extensão e, esta parceria vem sendo consolidada desde 2013 com atividades que sejam importantes e necessárias para a UDESC e para a CI.

4.3 População e amostra

A primeira etapa, de validação do conteúdo, foi realizada com a participação de uma amostra de 15 especialistas em Enfermagem Gerontológica. Para a definição desse número de especialistas considerou-se estudos prévios que descrevem uma quantidade entre 15 e 30 como suficiente para gerar informações relevantes (GIOVINAZZO, 2001; AZZOLIN et al., 2012).

A seleção dos especialistas baseou-se nos critérios descritos por Guimarães et al., (2016) para estudos que envolvem diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no Brasil. Dessa forma, os critérios utilizados pelo estudo foram: ter experiência clínica de, pelo menos, quatro anos na área específica (obrigatório) (quatro pontos); experiência de, pelo menos, um ano no ensino clínico da área específica ou ensino da utilização das classificações de Enfermagem (um ponto); experiência em pesquisas com artigos publicados sobre a área específica ou sobre as classificações de Enfermagem em revistas de referência (um ponto); participação em, pelo menos, dois anos em um grupo de pesquisa na área específica (um ponto); doutorado em Enfermagem (dois pontos); mestrado em Enfermagem, especialização ou residência em Enfermagem (um ponto) (GUIMARÃES et al., 2016).

Para cada ano de qualquer experiência clínica ou experiência de ensino deve ser adicionado um ponto extra. Assim, de acordo com a pontuação obtida por esses critérios, os especialistas foram classificados da seguinte forma:

- especialista júnior: pontuação mínima de cinco pontos (nenhum);
- especialista máster: pontuação entre seis e 20 pontos (um enfermeiro);
- especialista sênior: pontuação superior a 20 pontos (sabe tanto quanto um júnior ou um especialista mestre apoiados por anos de experiência, o que lhe dá o status sênior) (14 enfermeiros).

Uma vez feito o contato com os especialistas e tendo os critérios de inclusão preenchidos, esses passaram a compor a amostra do estudo. Inicialmente, foram convidados a participar 49 enfermeiros que fazem parte do Departamento de Enfermagem Gerontológica da

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), que congrega profissionais de todo o Brasil. Retornaram as respostas, todavia, 15 profissionais. Não foram previstos critérios de exclusão.

A segunda etapa do estudo foi desenvolvida com idosos que estavam realizando a primeira consulta na CI, ou seja, “recém matriculados”. Essa escolha se deu pelo fato de que os idosos que estavam chegando seriam submetidos a uma avaliação multidimensional diferente do idoso que já estava realizando as atividades oferecidas pelo programa.

A amostra foi composta por idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003), primeira consulta na CI e com diagnóstico de enfermagem RSIF ou SIF (sendo excluídos três idosos por não terem sido diagnosticados com RSIF ou SIF). Não foram previstos critérios de exclusão.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o programa WINPEPI, versão 11.43, que determinou uma amostra de, no mínimo, 23 sujeitos. Para detectar uma diferença de 0.5 entre as médias dos escores dos indicadores da NOC como significativa, considerou-se o desvio padrão de 0.8 (AZZOLIN et al., 2013). Para este cálculo foi considerado poder de 90% e nível de significância de 5%. Ao acrescentar 20% para possíveis perdas e recusas, o tamanho de amostra ficou em 28 idosos.

4.4 Logística para coleta de dados

De acordo com o desenho do estudo, a coleta de dados foi realizada em duas etapas, entre maio e outubro de 2017. Para a obtenção da opinião dos especialistas acerca do modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos SLP-NNN, e de acordo com literatura atual, Caderno de Atenção Básica *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, NANDA-I, NIC e NOC (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009; YOUNG et al., 2009; BRASIL, 2007; BULECHEK et al., 2016; MOORHEAD et al., 2016; HERDMAN; KAMITSURU, 2015), estabeleceu-se contato via e-mail (criado somente para esta finalidade). Realizou-se convite para participar do estudo e para os que aceitaram foi solicitado o preenchimento de um formulário contendo dados de identificação e informações profissionais (Apêndice A). Inicialmente, esses dados foram utilizados para identificar os que atendiam aos critérios de inclusão do especialista no estudo.

Na sequência, foi enviada uma carta explicativa (Apêndice B) aos especialistas selecionados acerca dos objetivos do estudo e sobre os referenciais teóricos (MMES e SLP) utilizados, com os diagnósticos de enfermagem Risco e Síndrome do Idoso Frágil, intervenções de enfermagem NIC e resultados de enfermagem NOC. Também, o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado e devolvido igualmente por e-mail ao pesquisador principal. Para os que devolveram o TCLE assinado, foi enviado o modelo multidimensional, contendo os itens que compunham a anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para que pudessem opinar a respeito, sendo que, o modelo foi enviado uma vez apenas para os especialistas.

Destaca-se que a pré-seleção dos resultados e intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil e Síndrome do Idoso Frágil ocorreu a partir do capítulo quatro da NIC – *Intervenções essenciais para áreas de especialidades de Enfermagem (Enfermagem Gerontológica)* e do capítulo cinco da NOC – *Resultados essenciais para áreas de especialidades de Enfermagem (Gerontologia)*. Essas seções da NOC e NIC fornecem os principais resultados e intervenções capazes de captar a essência de uma área da prática de especialidade, identificando os resultados e as intervenções mais utilizadas pelos enfermeiros, definidos como um conjunto conciso de resultados e intervenções.

Na pré-seleção não foram utilizados todos os desfechos e intervenções contidas nos capítulos, apenas os mais correlacionados aos aspectos gerontológicos e aos elementos dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF analisando as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco para estabelecer a conexão entre NNN.

As informações da anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram organizadas, no Google forms®, em blocos seguidos das opções “recomendo” e “não recomendo” para os especialistas assinalarem. Ao final de cada bloco foi reservado um espaço para sugestões e justificativas à disposição dos especialistas para usarem quando julgassem necessário fazer algum acréscimo ou observação.

Após a validação do conteúdo do modelo multidimensional, foi realizado um teste piloto na prática clínica com cinco idosos, a fim de verificar a sua aplicabilidade e a necessidade de realizar refinamentos. O teste piloto se mostrou satisfatório e não foram realizadas modificações no modelo multidimensional, entretanto, julgou-se importante a não inserção destes cinco idosos na amostra do estudo, pois a partir dele, a pesquisadora principal e a auxiliar de pesquisa puderam discutir e refletir as intervenções bem como a avaliação do NOC basal em cada situação.

Após o teste piloto, efetivou-se a etapa referente ao estudo quase experimental em que, foi aplicado o modelo multidimensional composto pela anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, validado pelos especialistas, em consulta de enfermagem. Essa etapa foi realizada pela pesquisadora principal e por uma enfermeira

auxiliar de pesquisa. As consultas de enfermagem, realizadas para a coleta dos dados, aconteceram nos dias em que os idosos praticavam atividade física na CI e, tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos na primeira consulta e 20 minutos na segunda, terceira e quarta consulta.

Na primeira consulta foi aplicada a avaliação inicial do idoso a partir da anamnese e do exame físico para identificação dos diagnósticos de enfermagem (RSIF ou SIF). Para a confirmação da presença ou não de um dos diagnósticos de enfermagem, a pesquisadora principal e a enfermeira auxiliar de pesquisa realizavam o raciocínio diagnóstico para a identificação das características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, sempre de acordo com a NANDA-I 2015-2017. Ainda na primeira consulta foram mensurados os resultados (NOC) a fim de estabelecer um nível basal (primeira avaliação) das condições dos pacientes. Assim, para cada resultado e seus indicadores, escolhido de acordo com o diagnóstico de enfermagem identificado, a enfermeira auxiliar de pesquisa avaliava o idoso a fim de pontuá-lo pela escala Likert (1 a 5).

A partir daí, em cada consulta (segunda/15 dias, terceira/30 dias e quarta/45 dias) foram reavaliados os diagnósticos (presença ou não), as intervenções e os resultados esperados (escala Likert), sendo que a pontuação, nos quatro momentos, foi estabelecida somente pela enfermeira auxiliar da pesquisa. As intervenções implementadas na primeira consulta foram revisadas e repetidas em cada consulta (15, 30 e 45 dias), e variaram na escolha das atividades, de acordo com a necessidade de cada idoso. As atividades realizadas foram assinaladas com um “x” no dia da consulta.

Importante destacar que a enfermeira auxiliar de pesquisa, antes de iniciar a coleta de dados, participou de um treinamento que incluiu a revisão das cinco etapas do PE e manuseio dos SLP seguida do estudo minucioso de cada item do modelo multidimensional validado. Além disso, o treinamento permitiu o esclarecimento de inúmeras dúvidas quanto ao conteúdo e aplicabilidade do modelo multidimensional. O treinamento foi realizado nas dependências da UDESC.

4.5 Análise dos dados

Para a análise da validação de conteúdo considerou-se um percentual de respostas recomendadas de 90% (AZZOLIN et al., 2012; MELLO, 2016; JUCHEM, 2017).

A segunda etapa foi analisada por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. As variáveis quantitativas foram descritas por média e erro padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a mudança dos parâmetros ao longo do tempo, o modelo de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE) foi complementado pelo teste de Bonferroni. Para as variáveis numéricas aplicou-se o modelo linear, enquanto para as variáveis categóricas utilizou-se o modelo logístico binário. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), aos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFRGS e da instituição coparticipante, UDESC. Sua aprovação foi obtida por meio do Parecer nº 2.046.787 e respeitará em todas as fases o previsto na Resolução nº 466/12, que descreve as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Em sua constituição foram preservados os princípios éticos de autonomia e não maleficência dos sujeitos, sendo-lhes garantido o anonimato e a privacidade, bem como o direito de desistir do projeto em qualquer uma das suas fases.

O TCLE foi assinado pelos especialistas e idosos (Apêndices C e D), os quais concordaram em participar do estudo. O documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via com cada um dos participantes.

Os dados da pesquisa serão armazenados em arquivo físico e digital, sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados do estudo, organizados em duas partes: a primeira descreve a validação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso pela opinião de enfermeiros especialistas, enquanto a segunda faz referência à aplicação na prática clínica do modelo validado.

5.1 Parte 1: Validação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, segundo a opinião de enfermeiros especialistas

5.1.1 Caracterização dos especialistas

Participaram da pesquisa 15 especialistas, em sua maioria mulheres (93,3%), com doutorado (73,3%) e com uma média de nove anos de experiência clínica em Gerontologia e/ou ensino dos SLP (NANDA-I, NIC, NOC). A maioria (80%) é participante de grupos de pesquisa em Gerontologia e possui publicações nessa área e/ou sobre SLP (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra de enfermeiros especialistas (n=15) (2018)

Características	Nº	%
Sexo		
Feminino	14	93,3
Formação acadêmica		
Doutorado	11	73,4
Mestrado	2	13,3
Graduação e especialização	2	13,3
Experiência clínica em Gerontologia (em anos)		
0 – 10	11	73,3
10 – 20	3	20,0
20 – 30	1	6,7
Experiência no ensino de Gerontologia e/ou sobre SLP (em anos)		
1 - 10	10	66,7
10 – 20	4	26,6
20 – 30	1	6,7
Experiência em pesquisa com artigos publicados em Gerontologia e/ou SLP (em anos)		
1 – 10	12	80,0
10 – 20	2	13,3
20 – 30	1	6,7
Participação no grupo de pesquisa em Gerontologia (em anos)		
1 – 10	12	80,0
10 – 20	2	13,3
20 – 30	1	6,7

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.1.2 Opinião dos especialistas acerca da anamnese e exame físico

Os especialistas iniciaram a avaliação do modelo multidimensional opinando acerca de 13 itens referentes à caracterização do idoso na anamnese (Tabela 2).

Tabela 2. Dimensão fisiológica: dados de caracterização do idoso validadas pelos especialistas (2018)

Dimensão fisiológica	Recomendado n (%)
Número do prontuário	15 (100,0)
Nome do(a) enfermeiro(a)	13 (85,7)
Data da avaliação inicial	15 (100,0)
Nome do(a) idoso(a)	14 (92,9)
Idade do(a) idoso(a)	15 (100,0)
Endereço do(a) idoso(a)	14 (92,9)
Telefone/contato do(a) idoso(a)	14 (92,9)
Data de nascimento do(a) idoso(a)	15 (100,0)
Sexo	15 (100,0)
Cor ou raça	15 (100,0)
Aposentadoria	14 (92,9)
Escolaridade do(a) idoso(a)	15 (100,0)
O(a) idoso(a) tem filhos	14 (92,9)

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O item “Nome do(a) enfermeiro(a)” não foi validado pelos especialistas que sugeriram substituir *escolaridade* por *anos de estudo* e incluir outros itens, como *benefício* (além da aposentadoria), *data de nascimento*, *número de netos*, *nacionalidade do idoso(a)* e *estado civil* (situação conjugal).

Na sequência os especialistas avaliaram e validaram dados do exame físico que contempla a avaliação fisiológica (Tabela 3).

Tabela 3. Dimensão fisiológica: sinais vitais e medidas antropométricas do idoso validadas pelos especialistas (2018)

Dimensão fisiológica	Recomendado n (%)
Pressão arterial	15 (100,0)
Frequência cardíaca	15 (100,0)
Frequência respiratória	15 (100,0)
Temperatura	14 (92,9)
Altura	15 (100,0)
Peso	15 (100,0)
Índice de Massa Corporal (IMC)*	15 (100,0)

Fonte: dados da pesquisa (2018).

(*) Lipschitz (1994).

Nesse bloco de informações, os especialistas sugeriram acrescentar dados acerca da presença de história de dor e dor no momento da consulta, a fim de serem avaliadas em relação à sua característica, localização e intensidade.

Ainda na dimensão fisiológica, os especialistas validaram informações referentes aos sistemas e morbidades (Tabela 4).

Tabela 4. Dimensão fisiológica: sistemas e morbidades do idoso validadas pelos especialistas (2018)

Dimensão fisiológica	Recomendado n (%)
Sistema neurológico	15 (100,0)
Cabeça	15 (100,0)
Pescoço	15 (100,0)
Tórax	15 (100,0)
Pele	15 (100,0)
Sistema locomotor	15 (100,0)
Sistema cardiovascular	15 (100,0)
Sistema gastrointestinal	15 (100,0)
Sistema urinário	15 (100,0)
Genital masculino	15 (100,0)
Genital feminino	15 (100,0)
Morbidades	14 (92,9)

Fonte: dados da pesquisa (2018).

As informações da Tabela 4 foram validadas na sua totalidade, entretanto, considerando a dimensão fisiológica, os especialistas fizeram sugestões de inclusão em cada sistema, as quais estão relacionadas a seguir (Quadro 2).

Quadro 2. Informações da anamnese e exame físico inclusas no modelo multidimensional sugeridas pelos especialistas (2018)

Sistema Neurológico	Lapso de memória Paresia Parestesia Tremor História de vertigem ou tontura
Cabeça	Cabelo: Presença de parasitas Couro cabeludo: Alopecia Olhos: Simetria, Arco senil, Cegueira unilateral, Cegueira bilateral, Cirurgia de catarata já realizada, Óculos, confortáveis e adaptados, Última consulta com oftalmologista Nariz: Diminuição da capacidade olfativa Cavidade oral: halitose, ausência de dentes, dificuldade para deglutir, alteração da voz Ouvido: aparelho bem regulado, última consulta com otorrinolaringologista
Pescoço	Carótidas: palpáveis ou não palpáveis
Tórax	Presença de tosse
Sistema Gastrointestinal	Escavado Cicatriz abdominal Refluxo Eliminações intestinais: uso de laxante
Sistema Urinário	Uropen
Genital Masculino	Atividade sexual ativa Prostatite
Genital Feminino	Integridade genital Vida sexual ativa Cicatriz (perineoplastia) Infecções sexualmente transmissíveis (quais)

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Após validarem os dados da dimensão fisiológica, os especialistas analisaram e validaram informações acerca das dimensões psicológica e social (Tabela 5).

Tabela 5. Dimensão psicológica e social validadas pelos especialistas (2018)

Dimensões	Recomendado n (%)
Dimensão psicológica: cognição, depressão geriátrica e qualidade do sono	15 (100,0)
Dimensão social: com quem e em que local o idoso mora, crença, religião, satisfação com a ajuda recebida e ofertada aos outros e participação na comunidade	15 (100,0)

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Foi sugerida a inclusão de atividades laborais, mesmo que de maneira informal. Este conjunto de informações acerca da anamnese e exame físico está de acordo com as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos dois diagnósticos de Enfermagem, os quais fornecem subsídios para o enfermeiro no raciocínio diagnóstico, corroborando com a opinião dos especialistas.

5.1.3 Validação dos resultados de enfermagem para os diagnósticos de Enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil e Síndrome do Idoso Frágil

Os especialistas revisaram um total de 23 resultados de enfermagem da NOC para o diagnóstico de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF), sendo validados 11 resultados, os quais representam quatro domínios e sete classes da NOC. Para o diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil (SIF), os especialistas revisaram 33 resultados de enfermagem da NOC, sendo que 12 deles foram validados e representam quatro domínios e nove classes da NOC.

Os especialistas avaliaram e validaram os resultados de enfermagem e os pesquisadores definiram os indicadores mais apropriados para avaliar cada resultado. Para isso, levaram em consideração os elementos dos diagnósticos de enfermagem, a experiência clínica no cuidado ao idoso e a utilização de SLP.

Dessa forma, passa-se a apresentar os 53 indicadores selecionados para cada um dos 13 Resultados de enfermagem validados. Entre os resultados validados, dez eram comuns para ambos os diagnósticos, um deles apenas para o diagnóstico de enfermagem RSIF e dois deles apenas para o diagnóstico de enfermagem SIF (Tabela 6).

Tabela 6. Resultados da NOC validados por especialistas para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF (2018)

Diagnósticos de Enfermagem: Risco de síndrome do idoso frágil e Síndrome do idoso frágil		
Domínio e Classe da NOC	Título do resultado, código numérico e definição	Indicadores da NOC
Domínio I: Saúde funcional Classe C: Mobilidade	Equilíbrio (0202) - capacidade de manter o equilíbrio do corpo	<ul style="list-style-type: none"> – Mantém equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas – Mantém equilíbrio enquanto levanta da posição sentada – Mantém equilíbrio enquanto em pé – Mantém equilíbrio enquanto caminha

Domínio II: Saúde fisiológica Classe J: Neurocognitivo	Cognição (0900) – capacidade de executar complexos processos mentais	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicação adequada para a idade – Compreensão do significado das situações – Memória recente – Concentração – Relações sociais
Domínio II: Saúde fisiológica Classe K: Digestão e nutrição	Estado nutricional (1004) – o quanto os nutrientes são ingeridos e absorvidos para atender as necessidades metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> – Ingestão de nutrientes – Ingestão de alimentos – Ingestão de líquidos
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde Classe FF: Controle da saúde	Autocontrole da doença crônica (3102) – ações pessoais para controlar uma doença crônica, seu tratamento e prevenir progressão da doença e complicações	<ul style="list-style-type: none"> – Monitora sinais e sintomas da doença – Monitora sinais e sintomas de complicações – Segue a dieta recomendada – Participa de exercícios recomendados – Mantém peso ideal – Mantém consultas com profissional da saúde
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde Classes S: Conhecimento em saúde; FF: Controle da saúde; e Q: Comportamento de saúde	Conhecimento: controle da dor (1843) – extensão da compreensão sobre causas, sintomas e tratamento da dor	<ul style="list-style-type: none"> – Sinais e sintomas da dor – Estratégias para prevenção e controle da dor – Uso correto do medicamento prescrito
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde Classe Q: Comportamento de saúde	Participação em programa de exercício físico (1633) - ações pessoais para realizar um regime auto planejado, estruturado e repetitivo para manter ou avançar o nível de aptidão física e saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Planeja exercício apropriado com profissional da saúde antes de iniciá-lo – Adapta sua rotina para incluir o exercício. – Adere a programa de exercício
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde Classe S: Conhecimento em saúde	Conhecimento: controle da doença crônica (1847) - extensão da compreensão sobre uma doença crônica específica, seu tratamento e prevenção da progressão e complicações da doença	<ul style="list-style-type: none"> – Sinais e sintomas da doença crônica – Sinais e sintomas das complicações – Estratégias controle da dor – Uso correto do medicamento prescrito – Dieta prescrita – Imunizações recomendadas
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde Classe S: Conhecimento em saúde	Conhecimento: prevenção de quedas (1828) - extensão da compreensão sobre a prevenção de quedas	<ul style="list-style-type: none"> – Uso correto de dispositivo de assistência – Uso correto de iluminação do ambiente – Medicamentos prescritos que aumentam risco quedas – Uso seguro de banquinhos e escadas – Uso de pequenos tapetes de borrachas

Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde	Conhecimento: controle do peso (1841) - extensão da compreensão sobre promoção e manutenção do peso corporal ideal e percentual de gordura coerentes com a altura, compleição, sexo e idade	- Faixa pessoal ideal de peso
Classe S: Conhecimento em saúde		- Índice de massa corporal ideal - Benefícios do exercício regular
Domínio V: Saúde percebida	Estado de conforto (2008) – no geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, facilidade e segurança de um indivíduo	- Bem-estar físico
Classe U: Saúde e qualidade de vida		- Bem-estar psicológico - Apoio social da família - Apoio social dos amigos - Relações sociais
Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Síndrome do Idoso Frágil		
Domínio IV: Conhecimento e comportamento em saúde	Conhecimento: medicamento (1808) - extensão da compreensão sobre o uso seguro do medicamento	- Nome correto do medicamento
Classe S: Conhecimento em saúde		- Uso correto do medicamento prescrito - Uso correto do medicamento não prescrito - Técnica apropriada para autoinjeção
Diagnóstico de enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil		
Domínio I: Saúde funcional	Nível de fadiga (0007) - gravidade da fadiga generalizada prolongada que foi reportada ou observada	- Concentração prejudicada
Classe A: Manutenção de energia		- Humor deprimido - Qualidade no sono
Domínio I: Saúde funcional	Autocuidado: Atividades da Vida Diária (AVD) (0300) - ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem dispositivos auxiliares	- Alimentar-se
Classe D: Autocuidado		- Vestir-se - Higiene íntima - Tomar banho

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.1.4 Validação das intervenções de enfermagem para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF

Os especialistas analisaram 20 intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que sete foram validados e representam quatro domínios e sete classes da NIC. Para o diagnóstico de enfermagem SIF, os especialistas analisaram 24 intervenções de enfermagem da NIC, das quais oito foram validadas e representam quatro domínios e oito classes dentro da NIC.

Foram validadas as intervenções de enfermagem e as 28 atividades foram selecionadas pelos pesquisadores, os quais levaram em consideração os elementos dos diagnósticos de enfermagem, a experiência clínica no cuidado ao idoso e a utilização de SLP. Assim, passa-se a apresentar as 28 atividades escolhidas para cada uma das oito Intervenções de enfermagem.

Entre as intervenções validadas, sete eram comuns tanto para o diagnóstico de Risco quanto de Síndrome do Idoso Frágil (Tabela 7).

Tabela 7. Intervenções da NIC validadas por especialistas para os diagnósticos de Enfermagem RSIF e SIF (2018)

Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Síndrome do Idoso Frágil e Síndrome do Idoso Frágil		
Domínio (D) e Classe (C) da NIC	Título da intervenção, código numérico e definição	Atividades da NIC
Domínio I: Fisiológico básico Classe A: Controle de atividade e do exercício	Promoção do exercício (0200) - Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar idoso a organizar períodos regulares para programa exercícios. - Incluir família e cuidadores no planejamento e programa exercícios. - Orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, junto com o médico. - Monitorar a adesão do idoso em programa de exercício/atividades.
Domínio I: Fisiológico básico Classe D: Suporte nutricional	Aconselhamento nutricional (5246) - Uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do idoso. - Estabelecer metas realísticas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional.
Domínio II: Fisiológico complexo Classe H: Controle de medicamentos	Controle de medicamentos (2380) - Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos com prescrição e isentos de prescrição	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos. - Revisar periodicamente com o idoso e/ou família os tipos e quantidades de medicamentos tomados. - Facilitar mudanças na medicação com o médico, conforme apropriado. - Monitorar adesão ao medicamento. - Determinar uso de medicamentos no estilo de vida do idosos.
Domínio III: Comportamental Classe P: Terapia cognitiva	Estimulação cognitiva (4720) - Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem. - Encorajar a estimulação cognitiva como a leitura ou participação ativa em atividades culturais e artísticas.
Domínio III: Comportamental Classe Q: Melhora na comunicação	Melhora da socialização (5100) - Facilitação na capacidade de uma pessoa de interagir com os outros	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar o maior envolvimento em relacionamento já estabelecidos. - Encorajar atividades sociais e comunitárias. - Promover o compartilhamento de problemas com outros. - Facilitar o uso de dispositivos auxiliares de déficit sensoriais, como óculos e aparelhos auditivos. - Explorar os pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos.

Domínio III: Comportamental Classe S: Educação do paciente	Ensino: processo da doença (5602) – Assistência ao paciente para que compreenda informações relativas a um processo da doença específico	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia. – Discutir as mudanças de estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e /o controlar o processo da doença. – Orientar o idoso sobre as medidas para controlar/minimizar os sintomas.
Domínio IV: Segurança Classe V: Controle de riscos	Prevenção contra quedas (6490) – Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimento devido à queda	<ul style="list-style-type: none"> – Orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade. – Orientar para remoção de mobília que se encontra no nível próximo ao chão e que apresenta perigo para tropeçar. – Orientar o idoso a instalar corrimãos e barras de apoio, bem como realizar a troca de tapetes derrapantes por antiderrapantes. – Educar o idoso e os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos.
Diagnóstico de enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil		
Domínio I: Fisiológico básico Classe F: Facilitação do autocuidado	Assistência no autocuidado (1800) - Auxiliar o outro na realização de atividade da vida diária	<ul style="list-style-type: none"> – Considerar a idade do idoso ao promover atividades de autocuidado – Encorajar o idoso a realização das atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade – Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.1.5 Versão final do modelo multidimensional construído e validado com a opinião dos especialistas para utilização na prática clínica

Apresenta-se, a seguir, a versão final do modelo de cuidado ao idoso, construído com base nos referenciais do MMES associado aos SLP, validado pela opinião de especialistas. O modelo foi organizado em duas partes, sendo que a primeira contém dados de caracterização, anamnese e exame físico, com base no MMES (dimensão fisiológica, psicológica e social), enquanto a segunda apresenta os fatores de risco, características definidoras, fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, os resultados e os indicadores da NOC e as intervenções e atividades de enfermagem da NIC para os referidos diagnósticos de enfermagem (Quadro 3).

Quadro 3. Modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC construído após a opinião dos especialistas. Porto Alegre/RS, 2018

1ª PARTE: CARACTERIZAÇÃO, ANAMNESE, EXAME FÍSICO COM BASE NO MMES – DIMENSÕES FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA E SOCIAL DO IDOSO		
Número do prontuário:		
Profissional da saúde:		
Data da avaliação: / /		
CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO		
Qual o seu nome?		
Qual seu endereço?		
Qual o seu telefone/contato (dois números de telefone preferencialmente)? /		
Situação conjugal:		
Qual é a sua data de nascimento? / /		Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Qual a sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra Qual?		
Nacionalidade: <input type="checkbox"/> brasileiro(a) <input type="checkbox"/> Outro(a)		
O(a) senhor(a) é aposentado(a) ou recebe benefício? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Quantos anos o(a) senhor(a) estudou?		
O(a) senhor(a) tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim Quantos? <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) tem netos? <input type="checkbox"/> Sim Quantos? <input type="checkbox"/> Não		
DIMENSÃO FISIOLÓGICA		
Sinais vitais e medidas antropométricas:		
PA:	FC:	Peso:
FR:	T:	Altura:
IMC:		
História de dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor no momento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Característica:		- Característica:
- Localização:		- Localização:
- Intensidade:		- Intensidade:
SISTEMA NEUROLÓGICO		
História de:		
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Perda de consciência	<input type="checkbox"/> Vertigem ou tontura
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Lapsos de memória	<input type="checkbox"/> Síncope
<input type="checkbox"/> Sem alterações		
Apresenta:		
<input type="checkbox"/> Paresia	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Sem alterações		
CABEÇA		
Cabelo		
<input type="checkbox"/> Ressecado/quebradiço	<input type="checkbox"/> Sujidade	<input type="checkbox"/> Presença de parasitas
<input type="checkbox"/> Sem alterações		
Couro cabeludo		
<input type="checkbox"/> Seborreia	<input type="checkbox"/> Erupções	<input type="checkbox"/> Alopecia
<input type="checkbox"/> Sem alterações		

Olhos		
<input type="checkbox"/> Assimétricos	<input type="checkbox"/> Arco senil	<input type="checkbox"/> Cegueira unilateral
<input type="checkbox"/> Baixa acuidade visual	<input type="checkbox"/> Presença de catarata	<input type="checkbox"/> Cegueira bilateral
<input type="checkbox"/> Cirurgia de catarata já realizada	<input type="checkbox"/> Sem alterações	
Faz uso de óculos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os óculos estão confortáveis?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando foi a última vez que consultou com o oftalmologista?	<input type="checkbox"/> IGN ⁶
Nariz		
<input type="checkbox"/> Congestão	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Lesão
<input type="checkbox"/> Diminuição capacidade olfativa	<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Sem alterações
Mucosas		
<input type="checkbox"/> Hipocoradas	<input type="checkbox"/> Ulcerações	<input type="checkbox"/> Sem alterações
Cavidade oral		
<input type="checkbox"/> Ausência de dentes	<input type="checkbox"/> Halitose	<input type="checkbox"/> Dificuldade pra deglutir
<input type="checkbox"/> Uso de prótese dentária superior	<input type="checkbox"/> Uso de prótese inferior	<input type="checkbox"/> Sem alterações
Voz		
<input type="checkbox"/> Alteração da voz	<input type="checkbox"/> Sem alterações	
Ouvido		
<input type="checkbox"/> Presença de secreções	<input type="checkbox"/> Zumbidos	<input type="checkbox"/> Sem alterações
Faz uso de aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O aparelho está bem regulado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> IGN
Quando foi a última vez que consultou com o otorrinolaringologista?	<input type="checkbox"/> IGN
Teste do sussurro		
Ouvido direito	<input type="checkbox"/> Sim – positivo	<input type="checkbox"/> Não – negativo
Ouvido esquerdo	<input type="checkbox"/> Sim – positivo	<input type="checkbox"/> Não – negativo
PESCOÇO		
<input type="checkbox"/> Nódulos	<input type="checkbox"/> Linfonodos infartados	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Sem alterações	
Carótidas:	<input type="checkbox"/> Palpáveis	<input type="checkbox"/> Não palpáveis
Tireoide:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aumentada
TÓRAX		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		
Tipo:		
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Em tonel	<input type="checkbox"/> Em quilha
<input type="checkbox"/> Sapateiro	<input type="checkbox"/> Cifoescoliose	
Respiração:		
<input type="checkbox"/> Abdominal		
<input type="checkbox"/> Tóraco-abdominal		

⁶ IGN (ignora): o enfermeiro utiliza quando a informação não é necessária para o(a) idoso(a).

Ausculta respiratória:		
<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Torácica	<input type="checkbox"/> Diafragmática
<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Estertores
		<input type="checkbox"/> Sibilos
Tosse:		
<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Improdutiva	<input type="checkbox"/> Produtiva
<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> IGN
Mamas:		
<input type="checkbox"/> Assimétricas	<input type="checkbox"/> Presença de nódulos	<input type="checkbox"/> Sem alterações
<input type="checkbox"/> Presença de secreção mamilar	<input type="checkbox"/> Hiperemia	
Axilas:		
<input type="checkbox"/> Presença de linfonodos		
<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Dermatite	<input type="checkbox"/> Cicatriz
SISTEMA CARDIOVASCULAR		
Ausculta Cardíaca:		
<input type="checkbox"/> Ritmo regular	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Edema em MsIs
<input type="checkbox"/> Sopros	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Sem alterações em MsIs
<input type="checkbox"/> Galope	<input type="checkbox"/> Sem alterações	
PELE		
<input type="checkbox"/> Presença lesão, mancha, cicatriz	<input type="checkbox"/> Sem alterações	
Onde e de que tipo:		
Condições de higiene:		
<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Deficitária
SISTEMA LOCOMOTOR		
O(a) idoso(a) utiliza equipamento de auxílio na marcha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		
Pratica alguma atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual e com que frequência?		
O(a) idoso(a) consegue realizar o teste de equilíbrio e marcha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) idoso(a) consegue levantar peso de até 10 kg? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) idoso(a) caiu no último ano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se sim, quantas vezes?		
O(a) idoso(a) tem medo de cair? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O que o(a) idoso(a) consegue fazer sem auxílio?		
<input type="checkbox"/> Sair da cama	<input type="checkbox"/> Vestir-se e despir-se	<input type="checkbox"/> Alimentar-se
<input type="checkbox"/> Subir e descer escadas	<input type="checkbox"/> Tomar banho	<input type="checkbox"/> Higiene íntima
<input type="checkbox"/> Uso do vaso sanitário		
Membros superiores:		
Proximal: ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Distal: ver se o idoso é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Membros inferiores:		
<input type="checkbox"/> Edema		<input type="checkbox"/> Varizes
<input type="checkbox"/> Lesão ou alteração nos pés		<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Sensibilidade e força preservada em todas as extremidades		<input type="checkbox"/> Deformidade
<input type="checkbox"/> Sem alterações		
SISTEMA GASTRINTESTINAL		
Abdome:		
<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado
<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Herniações	<input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Lesões	<input type="checkbox"/> Cicatriz abdominal
<input type="checkbox"/> Pirose		<input type="checkbox"/> Sem alterações
Ausulta abdominal:		
<input type="checkbox"/> Presença ruídos hidroaéreos		
Fígado:		
<input type="checkbox"/> Palpável	<input type="checkbox"/> Não palpável	
Baço:		
<input type="checkbox"/> Palpável	<input type="checkbox"/> Não palpável	
Eliminações intestinais:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Frequência:
Uso de laxante:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Sente alguma dificuldade na defecação?	<input type="checkbox"/> Sim	Frequência:
Qual?		<input type="checkbox"/> Não
Ânus:		
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Fissura	<input type="checkbox"/> Hemorroidas
<input type="checkbox"/> Sem alterações		
Triagem nutricional de enfermagem:		
O(a) senhor(a) ganhou peso no último ano de modo que suas roupas estão mais apertadas?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) perdeu peso no último ano, de forma que suas roupas estão mais folgadas?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) tem dificuldade para engolir?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) tem apresentado engasgos?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual a quantidade de líquidos ingeridos/dia?		
Qual o número de refeições diárias?		
O(a) senhor(a) tem dificuldades no preparo das refeições?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
SISTEMA URINÁRIO		
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical intermitente		
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora	<input type="checkbox"/> Uropen	<input type="checkbox"/> Citostomia
<input type="checkbox"/> Ardência ou dor para urinar	<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Nictúria

O(a) senhor(a) está tendo perda de urina na roupa, não consegue chegar ao banheiro? [] Sim [] Não		
O(a) senhor(a) faz uso de fralda/absorvente? [] Sim [] Não		
GENITAL FEMININO		
[] Integridade genital	[] Cicatriz	
A senhora tem atividade sexual ativa?	[] Sim	[] Não
Já teve ou tem infecção sexual transmissível?	[] Sim	[] Não
Número de filhos:		
Tipo de parto: [] Cesárea	[] Parto vaginal	[] Aborto
Já fez o exame Papanicolau alguma vez?	[] Sim	[] Não
Ano do último exame:		
Já fez mamografia?	[] Sim	[] Não
Ano do último exame:		
Idade da menopausa:		
GENITAL MASCULINO		
[] Fimose	[] Hipospádia	[] Sem alterações
[] Inflamação	[] Varicocele	
O senhor tem atividade sexual ativa?	[] Sim	[] Não
Já teve ou tem infecção sexual transmissível?	[] Sim	[] Não
Consultas urológicas?	[] Sim	[] Não
Exame de próstata (sangue - PSA)?	[] Sim	[] Não
Último exame:		
Toque retal?	[] Sim	[] Não
Último exame:		
DIMENSÃO FISIOLÓGICA – MORBIDADES		
O(a) senhor(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? [] Sim [] Não		
O(a) senhor(a) tem pressão alta e/ou toma remédio para controlar a pressão? [] Sim [] Não		
Além das doenças mencionadas o(a) senhor(a) tem outra doença? [] Sim [] Não		
Se sim, qual(ais)?		
.....		
.....		
.....		
.....		
DIMENSÃO FISIOLÓGICA – OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE		
O senhor(a) esteve hospitalizado no último ano? [] Sim [] Não		
O senhor(a) faz uso de medicamentos? [] Sim [] Não		
Se sim, qual(ais) – (nome, dose, frequência)?		
.....		
.....		
.....		
Imunizações		
Influenza	[] Sim	[] Não
Tétano	[] Sim	[] Não
Hepatite	[] Sim	[] Não
Pneumo 23	[] Sim	[] Não
Outras:		
.....		

DIMENSÃO PSICOLÓGICA		
Cognição: Resultado do Miniexame do Estado Mental – Resultado > 24 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) se sente triste ou desanimado frequentemente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Em caso positivo, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)		
EDG: <input type="checkbox"/> Sem depressão <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severa		
Sono e Repouso: Acha que tem uma boa qualidade de sono <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
DIMENSÃO SOCIAL		
Com quem o(a) senhor(a) mora?		
<input type="checkbox"/> Sozinho(a)	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)
<input type="checkbox"/> Filho(s)	<input type="checkbox"/> Outros	
Quem?		
.....		
.....		
O(a) senhor(a) mora em que local?		
<input type="checkbox"/> Casa própria	<input type="checkbox"/> Casa do filho	<input type="checkbox"/> Casa de parentes
<input type="checkbox"/> Lar para idosos	<input type="checkbox"/> Outro	
Qual?		
.....		
.....		
O(a) senhor(a) tem alguma crença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		
.....		
O(a) senhor(a) tem alguma religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		
.....		
O(a) senhor(a) desenvolve ainda alguma atividade laboral, mesmo que informal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual?		
.....		
O(a) senhor(a) se sente satisfeito com a ajuda recebida de familiares e amigos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) se sente satisfeito com a ajuda dada aos amigos e familiares? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) se sente satisfeito com o respeito ofertado pelos outros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) se sente satisfeito com sua contribuição na comunidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O(a) senhor(a) se sente satisfeito com a quantidade de atividades em sua vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

2ª PARTE: SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM COM BASE NA NANDA-I, NIC E NOC: FATORES DE RISCO, CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RSIF e SIF; RESULTADOS E INDICADORES NOC E INTERVENÇÕES E ATIVIDADES NIC	
FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS	
<input type="checkbox"/> alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apoio social insuficiente <input type="checkbox"/> atividade física diária inferior p/gênero e idade <input type="checkbox"/> baixo nível educacional <input type="checkbox"/> caminhada de 4m requer mais de 5 segundos <input type="checkbox"/> déficit sensorial (por ex., visual, auditivo) <input type="checkbox"/> depressão <input type="checkbox"/> desnutrição <input type="checkbox"/> desvantagem financeira <input type="checkbox"/> disfunção da regulação endócrina <input type="checkbox"/> doença crônica <input type="checkbox"/> equilíbrio prejudicado <input type="checkbox"/> espaço de vida limitado <input type="checkbox"/> etnia diferente da caucasiana <input type="checkbox"/> exaustão <input type="checkbox"/> fraqueza muscular <input type="checkbox"/> gênero feminino <input type="checkbox"/> história de quedas <input type="checkbox"/> hospitalização prolongada	<input type="checkbox"/> estilo de vida sedentário <input type="checkbox"/> idade > 70 anos <input type="checkbox"/> imobilidade <input type="checkbox"/> intolerância a atividade <input type="checkbox"/> isolamento social <input type="checkbox"/> medo de queda <input type="checkbox"/> mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> morar sozinho <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> obesidade sarcopênica <input type="checkbox"/> perda não intencional 25% peso corpo 1 ano <input type="checkbox"/> perda não intencional peso >4,5kg em 1 ano <input type="checkbox"/> processo de coagulação alterado <input type="checkbox"/> redução da concentração sérica de 25-hidroxitamina d, redução da energia <input type="checkbox"/> redução na força muscular <input type="checkbox"/> resposta inflamatória suprimida <input type="checkbox"/> sarcopenia <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> vulnerabilidade social
O (A) IDOSO (A) POSSUI O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL? [] SIM [] NÃO [] IGN	
Se o idoso possui o diagnóstico RSIF, escolher resultados, indicadores, intervenções e atividades apropriadas	
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS IDENTIFICADAS:	
<input type="checkbox"/> deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> déficit no autocuidado para banho <input type="checkbox"/> déficit no autocuidado para higiene íntima <input type="checkbox"/> déficit no autocuidado para vestir-se <input type="checkbox"/> desesperança	<input type="checkbox"/> fadiga <input type="checkbox"/> intolerância à atividade <input type="checkbox"/> isolamento social <input type="checkbox"/> memória prejudicada <input type="checkbox"/> mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais
FATORES RELACIONADOS IDENTIFICADOS:	
<input type="checkbox"/> alteração da função cognitiva <input type="checkbox"/> desnutrição <input type="checkbox"/> doença crônica <input type="checkbox"/> estilo de vida sedentário <input type="checkbox"/> história de quedas <input type="checkbox"/> hospitalização prolongada	<input type="checkbox"/> morar sozinho <input type="checkbox"/> obesidade sarcopênica <input type="checkbox"/> sarcopenia <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> transtorno psiquiátrico

O(A) IDOSO(A) POSSUI O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL? [] SIM [] NÃO [] IGN				
Se o idoso possui o diagnóstico SIF, escolher resultados, indicadores, intervenções e atividades				
RESULTADOS E INDICADORES DE ENFERMAGEM: Selecione com um X os adequados ao idoso				
[] EQUILÍBRIO (0202) – Capacidade de manter o equilíbrio do corpo				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Possui equilíbrio sentado, sem apoio às costas				
<input type="checkbox"/> Possui equilíbrio se levanta da posição sentada				
<input type="checkbox"/> Possui equilíbrio enquanto em pé				
<input type="checkbox"/> Possui equilíbrio enquanto caminha				
[] COGNICÃO (0900) – Capacidade de executar complexos processos mentais				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Comunicação adequada para a idade				
<input type="checkbox"/> Compreensão do significado das situações				
<input type="checkbox"/> Memória recente				
<input type="checkbox"/> Concentração				
[] ESTADO NUTRICIONAL (1004) – O quanto os nutrientes são ingeridos e absorvidos para atender as necessidades metabólicas				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Ingestão de nutrientes				
<input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos				
<input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos				
[] AUTOCONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA (3102) – Ações pessoais para controlar uma doença crônica, seu tratamento e prevenir progressão da doença e complicações				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Monitora sinais e sintomas da doença				
<input type="checkbox"/> Segue o tratamento recomendado				
<input type="checkbox"/> Segue a dieta recomendada				
<input type="checkbox"/> Participa de exercícios recomendados				
<input type="checkbox"/> Utiliza estratégias para controlar a dor				
<input type="checkbox"/> Mantém consultas com profissional da saúde				
[] CONHECIMENTO: CONTROLE DA DOR (1843) - Extensão da compreensão sobre causas, sintomas e tratamento da dor				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas da dor				
<input type="checkbox"/> Estratégias para prevenção e controle da dor				
<input type="checkbox"/> Uso correto do medicamento prescrito				

[] PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO (1633) – Ações pessoais para realizar um regime autoplanejado, estruturado e repetitivo para manter ou avançar o nível de aptidão física e saúde				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Planeja exercício c/profissional da saúde ao iniciar				
<input type="checkbox"/> Adapta sua rotina para incluir o exercício				
<input type="checkbox"/> Adere a programa de exercício				
[] CONHECIMENTO: CONTROLE DA DOENÇA CRÔNICA (1847) – Compreensão de uma doença crônica específica, tratamento e prevenção da progressão e complicações				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas da doença crônica				
<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas das complicações				
<input type="checkbox"/> Estratégias de controle da dor				
<input type="checkbox"/> Uso correto do medicamento prescrito				
<input type="checkbox"/> Dieta prescrita				
<input type="checkbox"/> Imunizações recomendadas				
[] CONHECIMENTO: PREVENÇÃO DE QUEDAS (1828) Extensão da compreensão sobre a prevenção de quedas				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Uso correto de dispositivo de assistência				
<input type="checkbox"/> Uso correto de iluminação do ambiente				
<input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos aumentam risco quedas				
<input type="checkbox"/> Uso seguro de banquinhos e escadas				
<input type="checkbox"/> Uso de pequenos tapetes de borrachas				
[] CONHECIMENTO: CONTROLE DO PESO (1841) – Extensão da compreensão sobre a promoção e manutenção do peso corporal ideal e percentual de gordura coerentes com a altura, compleição, sexo e idade				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Faixa pessoal ideal de peso				
<input type="checkbox"/> Índice de massa corporal ideal				
<input type="checkbox"/> Benefícios do exercício regular				
[] ESTADO DE CONFORTO (2008) – No geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, facilidade e segurança de um indivíduo				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Bem-estar físico				
<input type="checkbox"/> Bem-estar psicológico				
<input type="checkbox"/> Apoio social da família				
<input type="checkbox"/> Apoio social dos amigos				
<input type="checkbox"/> Relações sociais				

[] CONHECIMENTO: MEDICAMENTO (1808) – Extensão da compreensão sobre o uso seguro do medicamento				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Nome correto do medicamento				
<input type="checkbox"/> Uso correto do medicamento prescrito				
<input type="checkbox"/> Uso correto do medicamento não prescrito				
<input type="checkbox"/> Técnica apropriada para autoinjeção				
[] NÍVEL DE FADIGA* (0007) – Gravidade da fadiga generalizada prolongada que foi reportada ou observada				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Concentração prejudicada				
<input type="checkbox"/> Humor deprimido				
<input type="checkbox"/> Qualidade no sono				
[] AUTOCUIDADO: ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)* (0300) – Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem dispositivos auxiliares				
INDICADORES: Selecione com “X” os indicadores utilizados e pontue cada avaliação com escores de 1 a 5, sendo o menor escore o pior estado e o maior escore o melhor estado	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Alimentar-se				
<input type="checkbox"/> Vestir-se				
<input type="checkbox"/> Higiene íntima				
<input type="checkbox"/> Tomar banho				

INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM: Selecione com um X as adequadas ao idoso				
[] ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (4720) – Promoção da percepção e compreensão do ambiente por meio do uso de estímulos planejados				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Estimular desenvolvimento com a participação em atividades para melhor realização e aprendizagem				
<input type="checkbox"/> Encorajar estimulação cognitiva como a leitura ou participação ativa em atividades culturais e artísticas				
[] ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL (5246) – Uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do idoso				
<input type="checkbox"/> Estabelecer metas realísticas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional				

<input type="checkbox"/> ENSINO: PROCESSO DA DOENÇA (5602) – Assistência ao paciente para que compreenda informações relativas a um processo da doença específico				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia				
<input type="checkbox"/> Discutir as mudanças de estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e /o controlar o processo da doença				
<input type="checkbox"/> Orientar o idoso sobre as medidas para controlar/minimizar os sintomas				
<input type="checkbox"/> PROMOÇÃO DO EXERCÍCIO (0200) – Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício				
<input type="checkbox"/> Incluir a família, cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercícios				
<input type="checkbox"/> Orientar o idoso quanto ao exercício apropriado ao seu nível de saúde, em colaboração com o médico				
<input type="checkbox"/> Monitorar a adesão do idoso em programa de exercício/atividades				
<input type="checkbox"/> PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS (6490) – Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimento devido à queda				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade				
<input type="checkbox"/> Orientar remoção de mobília no nível próximo ao chão e que apresenta perigo para tropeçar				
<input type="checkbox"/> Orientar idoso a instalar corrimãos e barras apoio, e fazer troca de tapetes derrapantes por antiderrapantes				
<input type="checkbox"/> Educar o idoso e familiares sobre fatores de risco que contribuem para quedas e como diminuir os riscos				
<input type="checkbox"/> MELHORA DA SOCIALIZAÇÃO (5100) – Facilitação na capacidade de uma pessoa de interagir com os outros				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
<input type="checkbox"/> Encorajar o maior envolvimento em relacionamento já estabelecidos				
<input type="checkbox"/> Encorajar atividades sociais e comunitárias				
<input type="checkbox"/> Compartilhar problemas com outros				
<input type="checkbox"/> Facilitar o uso de dispositivos auxiliares de déficit sensoriais, como óculos e aparelhos auditivos				
<input type="checkbox"/> Explorar pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos				

[] CONTROLE DE MEDICAMENTOS (2380) – Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos com prescrição e isentos de prescrição				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
[] Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos				
[] Revisar periodicamente com o idoso e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados				
[] Facilitar mudanças na medicação com o médico, conforme apropriado				
[] Monitorar a adesão ao esquema medicamentoso				
[] Determinar o impacto do uso de medicamentos no estilo de vida do idoso				
[] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO (1800)* – Auxiliar o outro na realização de atividades de vida diária				
ATIVIDADES	1ª aval. Data: _/_	2ª aval. Data: _/_	3ª aval. Data: _/_	4ª aval. Data: _/_
[] Considerar a idade do idoso ao promover atividades de autocuidado				
[] Encorajar o idoso a realização das atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade				
[] Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado				

(*) Não aplicável em idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF.

Fonte: elaboração própria da autora (2018).

5.2 Parte 2: Aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso na prática clínica

5.2.1 Características sociodemográficas dos idosos

As características dos 28 idosos da amostra, portadores de RSIF ou SIF, referente à idade, sexo, cor, nível de escolaridade, estado civil e aposentadoria constam na Tabela 8.

Tabela 8. Características sociodemográficas dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Variáveis	Amostra (n=28)	RSIF (n=23)	SIF (n=5)	P
Idade (anos)	65,6 ± 6,3	63,9 ± 4,9	73,2 ± 6,8	0,001
Sexo				0,353
Masculino	11 (39,3)	8 (34,8)	3 (60,0)	
Feminino	17 (60,7)	15 (65,2)	2 (40,0)	
Cor				0,150
Branca	19 (67,9)	16 (69,6)	3 (60,0)	
Preta	3 (10,7)	3 (13,0)	0 (0,0)	
Parda	5 (17,9)	4 (17,4)	1 (20,0)	
Outra	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Nacionalidade	28(100)	23 (100)	5 (100)	
Nível de escolaridade				0,312
Analfabeto	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Fundamental	15 (53,6)	12 (52,2)	3 (60,0)	
incompleto				
Fundamental completo	3 (10,7)	3 (13,0)	0 (0,0)	
Médio incompleto	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Médio completo	4 (14,3)	4 (17,4)	0 (0,0)	
Superior incompleto	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Superior completo	3 (10,7)	2 (8,7)	1 (20,0)	
Situação conjugal				0,201
Solteiro	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Casado/União estável	14 (50,0)	13 (56,5)	1 (20,0)	
Divorciado	8 (28,6)	6 (26,1)	2 (40,0)	
Viúvo	4 (14,3)	2 (8,7)	2 (40,0)	
Aposentado (a)/benefício	20 (71,4)	16 (69,6)	4 (80,0)	1,000

(*) descritas por média ± desvio padrão ou n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.2.2 Anamnese e exame físico com base no MMES sobre a dimensão fisiológica dos idosos

Os sinais vitais e medidas antropométricas englobam a dimensão fisiológica dos idosos. Os dados foram organizados considerando o grupo com RSIF (n=23) e com SIF (n=5), em que se destaca a totalidade dos idosos normocárdicos, o baixo percentual de hipertensos e o alto percentual de obesos em grau I no grupo com RSIF (Tabela 9).

Tabela 9. Dimensão fisiológica: sinais vitais e medidas antropométricas dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	P
	(n=28) n (%)	(n=23) n (%)	(n=5) n (%)	
Pressão arterial*				0,129
Normal (< 85 < 130 mmhg)	23 (82,1)	20 (87,0)	3 (60,0)	
Hipertenso leve (90-99 140-159)	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Hipertenso grave (100-109 160-179)	3 (10,7)	1 (4,3)	2 (40,0)	
Frequência cardíaca (Normocárdico)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Classificação do IMC *				0,438
Eutrófico	11 (39,3)	10 (43,5)	1 (20,0)	
Sobrepeso	17 (60)	13 (57,00)	4 (80,0)	
Frequência Respiratória				1,000
Eupneia	26 (92,9)	21 (91,3)	5 (100)	
Taquipneia	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Temperatura (normal)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Histórico de dor	20 (71,4)	16 (69,6)	4 (80,0)	1,000
Sente dor no momento	7 (25,0)	7 (30,4)	(0,0)	0,290

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

(*) Parâmetros recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Dentre os dados do sistema neurológico, cabeça e pescoço destaca-se que, mesmo com o uso de óculos, a baixa acuidade visual está presente em metade dos idosos com RSIF e SIF. Sentir vertigem ou tontura é outro dado estatisticamente significativo para ambos os diagnósticos de enfermagem, assim como informações acerca da cavidade oral (Tabela 10).

Tabela 10. Dimensão fisiológica: sistema neurológico, cabeça e pescoço dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28) n (%)	(n=23) n (%)	(n=5) n (%)	
Sistema neurológico				0,174
Cefaleia	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Vertigem/tontura	4 (14,3)	2 (8,7)	2 (40,0)	
Síncope	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Lapsos de memória	8 (28,6)	8 (34,8)	0 (0,0)	
Tremores	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Sem alterações	10 (35,7)	8 (34,8)	2 (40,0)	
Cefaleia + lapsos de memória	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Vertigem/tontura/lapsos memória	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Sente vertigem/tontura	5 (17,9)	2 (8,7)	3 (60,0)	0,027
Cabelo				1,000
Ressecado/quebradiço	4 (14,3)	3 (13,0)	1 (20,0)	
Sem alterações	24 (85,7)	20 (87,0)	4 (80,0)	
Couro cabeludo (sem alterações)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Olhos				0,639
Baixa acuidade visual*	13 (46,4)	11 (47,8)	2 (40,0)	
Presença de catarata	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Cirurgia de catarata já realizada	2 (7,1)	1 (4,3)	1 (20,0)	
Sem alterações	12 (42,9)	10 (43,5)	2 (40,0)	
Usa óculos	24 (85,7)	21 (91,3)	3 (60,0)	0,135
Nariz				0,724
Congestão	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Coriza	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Redução capacidade olfativa	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Sem alterações	23 (82,1)	18 (78,3)	5 (100)	
Mucosa (sem alterações)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Cavidade oral				0,031
Ausência de dentes	5 (17,9)	3 (13,0)	2 (40,0)	
Halitose	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Uso de prótese dentária superior	8 (28,6)	7 (30,4)	1 (20,0)	
Uso de prótese dentária inferior	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Sem alterações	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Uso de prótese superior e inferior	11 (39,3)	11 (47,8)	0 (0,0)	
Ausência dentes + uso de prótese S/I	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Ausência de dentes	6 (21,4)	4 (17,4)	2 (40,0)	0,285
Uso de prótese dentária	21 (75,0)	19 (82,6)	2 (40,0)	0,082
Ouvido				0,885
Presença de secreções	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Zumbidos	6 (21,4)	5 (21,7)	1 (20,0)	
Sem alterações	21 (75,0)	17 (73,9)	4 (80,0)	
Teste do sussurro				0,791
Positivo	26 (92,9)	21 (91,3)	5 (100)	
Negativo	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Usa aparelho	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Pescoço (sem alterações)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Carótidas (palpáveis)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Tireoide				1,000
Normal	27 (96,4)	22 (95,7)	5 (100)	
Aumentada	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

(*) Avaliada com escala de Snellen e cartão Jaeger.

Dados da anamnese e exame físico do tórax revelam que a tosse e os roncos estão presentes em 60% dos idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que a ausculta respiratória é estatisticamente significativa para os dois diagnósticos de enfermagem. A ausculta cardíaca apresentou-se inalterada em todos os idosos (Tabela 11).

Tabela 11. Dimensão fisiológica: tórax e pele dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28) n (%)	(n=23) n (%)	(n=5) n (%)	
Tórax (Normal)				
Respiração				0,467
Abdominal	19 (67,9)	16 (69,6)	3 (60,0)	
Torácica	7 (25,0)	6 (26,1)	1 (20,0)	
Tóraco-abdominal	2 (7,1)	1 (4,3)	1 (20,0)	
Ausculta respiratória				0,005
Roncos	4 (14,3)	1 (4,3)	3 (60,0)	
Sibilos	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Sem alterações	23 (82,1)	21 (91,3)	2 (40,0)	
Tosse				0,082
Presente	7 (25,0)	4 (17,4)	3 (60,0)	
Ausente	21 (75,0)	19 (82,6)	2 (40,0)	
Mamas				1,000
Hiperemia	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Sem alterações	27 (96,4)	22 (95,7)	5 (100)	
Axilas				0,331
Dermatite	2 (7,1)	1 (4,3)	1 (20,0)	
Sem alterações	26 (92,9)	22 (95,7)	4 (80,0)	
Ausculta cardíaca (sem alterações)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Pele				0,135
Lesão, manchas ou cicatriz	4 (14,3)	2 (8,7)	2 (40,0)	
Sem alterações	24 (85,7)	21 (91,3)	3 (60,0)	

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A anamnese e exame físico do sistema locomotor mostra que quase a metade (40%) dos idosos com diagnóstico de enfermagem SIF sofreu queda no último ano e 60% deles têm medo de cair. Os dados de independência e o teste de equilíbrio e marcha mostraram-se satisfatórios em 100% dos idosos com ambos os diagnósticos de enfermagem (Tabela 12).

Tabela 12. Dimensão fisiológica: sistema locomotor dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Equipamento de auxílio na marcha	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	1,000
Pratica atividade física	8 (28,6)	7 (30,4)	1 (20,0)	1,000
Teste equilíbrio e marcha (positivo)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Idoso consegue levantar peso	25 (89,3)	21 (91,3)	4 (80,0)	0,459
Idoso teve queda	5 (17,9)	3 (13,0)	2 (40,0)	0,207
Idoso tem medo de cair	9 (32,1)	6 (26,1)	3 (60,0)	0,290
Independência (todos)	28 (100)	23 (100)	2 (40,0)	-
A pessoa idosa é capaz/nunca	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Consegue apanhar lápis sobre a mesa	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Membros inferiores				0,787
Edema	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Varizes	5 (17,9)	5 (21,7)	0 (0,0)	
Deformidade	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Lesão ou alteração nos pés	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Sensibilidade e força preservada em todas as extremidades	17 (60,7)	12 (52,2)	5 (100)	
Varizes + lesão + sensibilidade	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Varizes + sensibilidade	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Varizes + lesão	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A perda e o ganho de peso no último ano se apresentaram de forma expressiva dentre os idosos com o diagnóstico de RSIF e SIF. Destaca-se a positiva avaliação da presença de ruídos hidroaéreos, o que corrobora os hábitos de eliminação intestinal (Tabela 13).

Tabela 13. Dimensão fisiológica: sistema gastrointestinal dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Abdome				1,000
Globoso	6 (21,4)	5 (21,7)	1 (20,0)	
Flácido	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Cicatriz abdominal	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Pirose	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Sem alterações	17 (60,7)	13 (56,5)	4 (80,0)	
Herniações + pirose + refluxo	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Ausculta abdominal				1,000
Presença de ruídos hidroaéreos	27 (96,4)	22 (95,7)	5 (100)	
Ausência de ruídos hidroaéreos	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Fígado (não palpável)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Baço (não palpável)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Eliminação Intestinal	27 (96,4)	22 (95,7)	5 (100)	1,000
Ânus				1,000
Fissura	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Hemorroidas	11 (39,3)	9 (39,1)	2 (40,0)	
Sem alterações	15 (53,6)	12 (52,2)	3 (60,0)	
Hemorroidas + fissura	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Idoso ganhou peso no último ano	13 (46,4)	11 (47,8)	2 (40,0)	1,000
Idoso perdeu peso no último ano	7 (25,0)	4 (17,4)	3 (60,0)	0,082
Tem dificuldade para engolir	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Tem apresentado engasgo	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	1,000

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Constata-se que a realização de exames preventivos para câncer, como o papanicolau, mamografia, exame de Antígeno Prostático Específico (PSA) e toque retal têm sido uma prática frequente entre os idosos com RSIF e SIF. A nictúria se mostrou um dado expressivo entre os idosos (Tabela 14).

Tabela 14. Dimensão fisiológica: sistema geniturinário dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sistema urinário				1,000
Nictúria	11 (39,3)	9 (39,1)	2 (40,0)	
Ardência ou dor para urinar	5 (17,9)	4 (17,4)	1 (20,0)	
Sem alterações	12 (42,9)	10 (43,5)	2 (40,0)	
Perda de urina na roupa	6 (21,4)	5 (21,7)	1 (20,0)	1,000
Faz uso de fralda/absorvente	3 (10,7)	2 (8,7)	1 (20,0)	
Períneo feminino				0,212
Integridade genital	9 (52,9)	9 (60,0)	0 (0,0)	
Perineoplastia	3 (17,6)	2 (13,3)	1 (50,0)	
Cicatriz	5 (29,4)	4 (26,7)	1 (50,0)	
Idosa fez o papanicolau alguma vez?	17 (100)	15 (100)	2 (100)	-
Realizou mamografia?	17 (100)	15 (100)	2 (100)	-
Masculino				0,665
Inflamação	1 (10,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	
Prostatite	4 (40,0)	2 (28,6)	2 (66,7)	
Sem alterações	5 (50,0)	4 (57,1)	1 (33,3)	
Consultas urológicas	7 (63,6)	4 (50,0)	3 (100)	0,236
Exame de PSA – sangue	10 (90,9)	7 (87,5)	3 (100)	1,000
Toque retal	7 (63,6)	4 (50,0)	3 (100)	0,236
Tem vida sexual ativa?	22 (78,6)	19 (82,6)	3 (60,0)	0,285
Tem ou já teve IST*?	3 (10,7)	2 (8,7)	1 (20,0)	0,459

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

(*) IST – Infecção Sexualmente Transmissível.

Dentre os idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, 17,4% referem ser portadores de mais de cinco doenças crônicas. Ademais, evidencia-se o número elevado de idosos que utilizam medicação contínua, sendo que todos os diagnosticados com SIF são usuários de tais medicamentos (Tabela 15).

Tabela 15. Dimensão fisiológica: doenças crônicas e outras informações de saúde dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão fisiológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Doenças crônicas				0,319
Várias, mais de cinco	4 (14,3)	4 (17,4)	0 (0,0)	
HAS	7 (25,0)	5 (21,7)	2 (40,0)	
Depressão	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
HAS e DM	3 (10,7)	2 (8,7)	1 (20,0)	
Hipotireoidismo	3 (10,7)	3 (13,0)	0 (0,0)	
Hipercolesterolemia	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Transtorno bipolar	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Artrose	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Refluxo gástrico	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Fibromialgia	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
HAS + Artrose + Artrite	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Hipotireoidismo + Artrose + Fibromialgia	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Osteoporose	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Hospitalização no último ano	3 (10,7)	3 (13,0)	0 (0,0)	1,000
Faz uso de medicamento	27 (96,4)	22 (95,7)	5 (100)	1,000
Imunizações				0,416
Influenza	5 (17,9)	4 (17,4)	1 (20,0)	
Tétano	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Todas	13 (46,4)	12 (52,2)	1 (20,0)	
Nenhuma	9 (32,1)	6 (26,1)	3 (60,0)	

(*): descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.2.3 Anamnese e exame físico com base nos MMES sobre a dimensão social dos idosos

Apresenta-se, a seguir, informações acerca da dimensão social que engloba aspectos relacionais, apoio e de convivência. Os dados foram organizados considerando os idosos com RSIF (n=23) e com SIF (n=5). Dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, quatro referiram morar sozinhos. Percebe-se, todavia, que a maioria dos idosos sente-se satisfeita com a ajuda e o respeito ofertados ou recebidos dos outros (Tabela 16).

Tabela 16. Dimensão social: apoio e relações sociais e convivência dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão social	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Possui filhos	25 (89,3)	20 (87,0)	5 (100)	1,000
Possui netos	24 (85,7)	19 (82,6)	5 (100)	1,000
Com quem mora				0,229
Sozinho(a)	11 (39,3)	7 (30,4)	4 (80,0)	
Esposo(a)	14 (50,0)	13 (56,5)	1 (20,0)	
Companheiro(a)	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Filho(a)	2 (7,1)	2 (8,7)	0 (0,0)	
Tem alguma crença	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Religião				1,000
Católico	13 (46,4)	11 (47,8)	2 (40,0)	
Evangélico	15 (53,6)	12 (52,2)	3 (60,0)	
Desenvolve atividade laboral	23 (82,1)	18 (78,3)	5 (100)	0,550
Satisfação				
Ajuda recebida por familiares/amigos	23 (82,1)	20 (87,0)	3 (60,0)	0,207
Ajuda dada para familiares/amigos	24 (85,7)	21 (91,3)	3 (60,0)	0,135
Respeito ofertado pelos outros	24 (85,7)	20 (87,0)	4 (80,0)	1,000
Sua contribuição na comunidade	21 (75,0)	17 (73,9)	4 (80,0)	1,000
Quantidade de atividades na vida	19 (67,9)	16 (69,6)	3 (60,0)	1,000

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.2.4 Anamnese e exame físico com base no MMES sobre a dimensão psicológica dos idosos

A dimensão psicológica inclui elementos acerca da cognição, humor e sono. Da mesma forma anterior, os dados foram organizados considerando os idosos com RSIF (n=23) e com SIF (n=5). A avaliação cognitiva dos idosos, avaliada por meio do MEEM, foi positiva para todos os idosos, assim como as informações sobre a depressão geriátrica, a qual não registrou idosos com depressão severa (Tabela 17).

Tabela 17. Dimensão psicológica: cognição, humor e sono dos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Dimensão psicológica	Amostra	RSIF	SIF	p
	(n=28)	(n=23)	(n=5)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
MEEM (resultado > 24)	28 (100)	23 (100)	5 (100)	-
Triste ou desanimado frequentemente	5 (17,9)	4 (17,4)	1 (20,0)	1,000
Depressão (EDG)				1,000
Sem depressão	1 (3,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Moderada	5 (17,9)	4 (17,4)	1 (20,0)	
Ignorado	22 (78,6)	18 (78,3)	4 (80,0)	
Boa qualidade do sono	22 (78,6)	19 (82,6)	3 (60,0)	0,285

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.2.5 Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados/risco e características definidoras mais frequentemente estabelecidas durante as consultas de enfermagem

Quanto à frequência dos diagnósticos, o Risco de Síndrome do Idoso Frágil foi identificado, em sua maioria, por “*atividade física diária inferior para o gênero e a idade*”, “*déficit sensorial*”, “*doença crônica*”, “*gênero feminino*”, “*estilo de vida sedentário*”, “*obesidade*” e, ainda, “*morar sozinho*”. Os fatores de risco “*caminhada de quatro metros requer mais de cinco segundos*”, “*desnutrição*”, “*equilíbrio prejudicado*”, “*espaço de vida limitado*”, “*etnia diferente da caucasiana*”, “*imobilidade*”, “*intolerância à atividade*”, “*isolamento social*”, “*obesidade sarcopênica*”, “*processo de coagulação alterado*”, “*redução da concentração sérica de 25-hidroxivitamina d*”, “*redução da energia*”, “*resposta inflamatória suprimida*” e “*sarcopenia*” não foram identificados durante as consultas com os idosos.

O diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil foi identificado pelas características definidoras mais frequentes: “*deambulação prejudicada*”, “*fadiga*” e “*isolamento social*” e os fatores relacionados “*doença crônica*”, “*estilo de vida sedentário*”, “*morar sozinho*” e “*obesidade*”. As características definidoras “*débito cardíaco diminuído*”, “*memória prejudicada*” e “*nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais*” e os fatores relacionados “*desnutrição*”, “*alteração da função cognitiva*”, “*déficit no autocuidado para vestir-se*”, “*hospitalização prolongada*”, “*obesidade sarcopênica*” e “*sarcopenia*” não foram identificados nas avaliações (Tabela 18).

Tabela 18. Diagnósticos de enfermagem Risco e Síndrome do Idoso Frágil, fatores de risco, características definidoras e fatores relacionados aos idosos atendidos em consulta de Enfermagem. Chapecó/SC, 2018

Diagnóstico de enfermagem	1ª cons.	2ª cons.	3ª cons.	4ª cons.
	(n=23) n (%)	(n=23) n (%)	(n=23) n (%)	(n=23) n (%)
Risco de Síndrome do Idoso Frágil	23 (100)	23 (100)	23 (100)	23 (100)
Fatores de risco				
Alteração na função cognitiva	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)
Anorexia	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Ansiedade	3 (13,3)	3 (13,3)	1 (4,3)	0 (0,0)
Apoio social insuficiente	3 (13,3)	2 (8,7)	2 (8,7)	0 (0,0)
Atividade física diária < para gênero e idade	14 (60,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Baixo nível educacional	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)
Déficit sensorial (por ex., visual, auditivo)	16 (69,6)	16(69,6)	16(69,6)	16(69,6)
Depressão	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)
Desvantagem financeira	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Disfunção da regulação endócrina	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Doença crônica	16 (69,6)	16(69,6)	16(69,6)	16(69,6)
Exaustão	2 (8,7)	2 (8,7)	1 (4,3)	0 (0,0)
Fraqueza muscular	4 (17,4)	4 (17,4)	2 (8,7)	0 (0,0)
Gênero feminino	15 (65,2)	15(65,2)	15(65,2)	15(65,2)
História de quedas	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	4 (17,4)
Hospitalização prolongada	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Estilo de vida sedentário	10 (43,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Idade > 70 anos	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)
Medo de queda	6 (26,1)	6 (26,1)	5 (21,7)	2 (8,7)
Mobilidade prejudicada	4 (17,4)	2 (8,7)	1 (4,3)	1 (4,3)
Morar sozinho	7 (30,4)	7 (30,4)	7 (30,4)	7 (30,4)
Obesidade	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)	9 (39,1)
Perda não intencional 25% peso corpo 1 ano	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Perda não intencional peso > 4,5kg em 1 ano	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Redução na força muscular	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	1 (4,3)
Tristeza	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	1 (4,3)
Vulnerabilidade social	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)
Diagnóstico de enfermagem	1ª cons. (n=5)	2ª cons. (n=5)	3ª cons. (n=5)	4ª cons. (n=5)
Síndrome do Idoso Frágil	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)
Fatores relacionados				
Doença crônica	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)
Estilo de vida sedentário	5 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
História de quedas	2 (40)	2 (40)	2 (40)	2 (40)
Morar sozinho	4 (80)	4 (80)	4 (80)	4 (80)
Obesidade	3 (60)	3 (60)	3 (60)	3 (60)
Transtorno psiquiátrico	1 (20)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
Características definidoras				
Deambulação prejudicada	4 (80)	4 (80)	1 (20)	1 (20)
Déficit no autocuidado para alimentação	1 (20)	1 (20)	0 (0,0)	0 (0,0)
Déficit no autocuidado para banho	2 (40)	2 (40)	2 (40)	0 (0,0)
Déficit no autocuidado para higiene íntima	2 (40)	2 (40)	2 (40)	0 (0,0)
Desesperança	1 (20)	1 (20)	0 (0,0)	0 (0,0)
Fadiga	5 (100)	5 (100)	2 (40)	0 (0,0)
Intolerância à atividade	1 (20)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Isolamento social	4 (80)	3 (60)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mobilidade física prejudicada	2 (40)	2 (40)	0 (0,0)	0 (0,0)

(*) descritas por n (%).

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.3 Resultados e indicadores NOC na avaliação do idoso com diagnósticos RSIF ou SIF

5.3.1 Resultados e indicadores para o diagnóstico de enfermagem RSIF

Os resultados e indicadores utilizados pelas enfermeiras na avaliação dos 23 idosos com RSIF estão organizados pelo NOC basal (estado do idoso antes das intervenções), NOC 15 dias, NOC 30 dias e NOC 45 dias.

O resultado **Equilíbrio** (0202) e seus indicadores não foram aplicados pelas enfermeiras na avaliação dos idosos pois o fator de risco “*equilíbrio prejudicado*” não foi identificado entre eles.

O resultado de enfermagem **Cognição** (0900) foi aplicável a dois (8,7%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um indicador foi utilizado para avaliar um (4,3%) idoso. O resultado teve melhora significativa da média dos escores aos 15, 30 e 45 dias) e o indicador “*concentração*” aos 30 e 45 dias, com diferença significativa entre os dois últimos momentos (Tabela 19).

Tabela 19. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Cognição*” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Cognição	2 (8,7)	2,25 ± 0,53 ^a	2,42 ± 0,65 ^a	3,08 ± 0,41 ^b	3,67 ± 0,47 ^c	<0,001
Comunicação adequada para a idade	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Compreensão do significado da situação	1 (4,3)	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	-
Memória recente	2 (8,7)	2,50 ± 0,35	2,50 ± 0,35	3,00 ± 0,00	3,50 ± 0,35	0,157
Concentração	2 (8,7)	2,00 ± 0,71 ^a	2,50 ± 1,06 ^{ab}	3,00 ± 0,71 ^b	4,00 ± 0,71 ^c	<0,001

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Estado nutricional** (1004) foi aplicável a dois (8,7%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um indicador foi utilizado para avaliar um (4,3%) idoso. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15 e 45 dias) e dos indicadores “*ingestão de nutrientes*” (aos 15 e 45 dias) e “*ingestão de líquidos*” (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) (Tabela 20).

O resultado de enfermagem **Controle do peso** (1841) e seus indicadores foram aplicáveis a 11 (47,8%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “*faixa pessoal ideal de peso*” e “*benefícios do exercício regular*” (aos 15, 30 e 45 dias) e “*índice de massa corporal ideal*” (aos 15 e 45 dias) (Tabela 20).

Tabela 20. Escore dos indicadores dos resultados de enfermagem “Estado nutricional e Controle do peso” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média± EP	
Estado Nutricional	2 (8,7)	1,75 ± 0,18 ^a	3,00 ± 0,00 ^b	3,92 ± 0,41 ^{bc}	4,42 ± 0,06 ^c	<0,001
Ingestão de nutrientes	2 (8,7)	2,00 ± 0,00 ^a	3,00 ± 0,00 ^b	4,00 ± 0,71 ^{bc}	4,50 ± 0,35 ^c	<0,001
Ingestão de alimentos	1 (4,3)	2 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	-
Ingestão de líquidos	2 (8,7)	1,50 ± 0,35 ^a	3,00 ± 0,00 ^b	4,00 ± 0,00 ^c	4,50 ± 0,35 ^c	<0,001
Controle do peso	11 (47,8)	1,39 ± 0,14 ^a	2,48 ± 0,23 ^b	3,61 ± 0,18 ^c	4,21 ± 0,12 ^d	<0,001
Faixa pessoal ideal de peso	11 (47,8)	1,36 ± 0,15 ^a	2,18 ± 0,25 ^b	3,82 ± 0,34 ^c	4,45 ± 0,20 ^d	<0,001
Índice de massa corporal ideal	11 (47,8)	1,36 ± 0,15 ^a	2,27 ± 0,29 ^b	2,73 ± 0,26 ^b	3,27 ± 0,23 ^c	<0,001
Benefícios do exercício regular	11 (47,8)	1,45 ± 0,15 ^a	3,00 ± 0,26 ^b	4,27 ± 0,29 ^c	4,91 ± 0,09 ^d	<0,001

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Autocontrole da doença crônica** (3102) foi aplicável a 17 (73,9%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF. Foi utilizado um indicador para avaliar 16 (69,6%) idosos, outro para 11 (47,8%), mais um para 10 (43,5%), sete (30,4%) e dois (8,7%) idosos. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “*monitora sinais/sintomas da doença crônica*” (aos 30 e 45 dias), “*segue o tratamento recomendado*” (aos 30 e 45 dias), “*segue a dieta recomendada*” (aos 15, 30 e 45 dias), “*participa de exercícios recomendados*” (aos 15, 30 e 45 dias). Para “*mantém consulta com profissional de saúde*” a média do escore basal e 15 dias diferiram significativamente dos 30 e 45 dias, mas não diferiram entre si (Tabela 21).

Tabela 21. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “Autocontrole da doença crônica” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Autocontrole da doença crônica	17 (73,9)	1,83 ± 0,10 ^a	2,85 ± 0,14 ^b	3,88 ± 0,13 ^c	4,35 ± 0,09 ^d	<0,001
Monitora sinais/sintomas da doença	16 (69,6)	2,13 ± 0,17 ^a	2,31 ± 0,23 ^a	3,25 ± 0,23 ^b	3,81 ± 0,20 ^c	<0,001
Segue o tratamento recomendado	10 (43,5)	2,70 ± 0,15 ^a	3,70 ± 0,20 ^b	4,40 ± 0,25 ^c	4,70 ± 0,15 ^c	<0,001
Segue a dieta recomendada	11 (47,8)	1,55 ± 0,19 ^a	2,45 ± 0,32 ^b	3,00 ± 0,26 ^c	3,82 ± 0,28 ^d	<0,001
Participa de exercícios recomendados	17 (73,9)	1,18 ± 0,12 ^a	3,00 ± 0,17 ^b	4,65 ± 0,12 ^c	5,00 ± 0,00 ^d	<0,001
Utiliza estratégias para controle da dor	2 (8,7)	3,00 ± 0,00	3,00 ± 0,00	4,00 ± 0,00	2,00 ± 0,00	*
Mantém consulta com profissional de saúde	7 (30,4)	2,29 ± 0,27 ^a	3,29 ± 0,39 ^a	4,57 ± 0,28 ^b	4,57 ± 0,28 ^b	<0,001

(*) Não foi possível calcular o teste estatístico devido à falta de variabilidade entre os indivíduos; ^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O Resultado de enfermagem **Conhecimento: controle da dor** (1843) foi aplicável a 11 (47,8%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um dos seus indicadores foi aplicável a seis (26,1%) idosos. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos seus indicadores aos 15 e 30 dias após a primeira consulta (basal). Os escores dos indicadores se mantiveram elevados 45 dias após a primeira consulta. O indicador “*uso correto de medicamento*” foi utilizado para avaliar seis dos 11 idosos, pois alguns sabiam como utilizar corretamente o medicamento para dor, no entanto, tinham dificuldade para identificar os seus sinais e sintomas iniciais (Tabela 22).

Tabela 22. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: controle da dor*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: controle da dor	11 (47,8)	1,88 ± 0,09 ^a	2,67 ± 0,22 ^b	4,02 ± 0,26 ^c	4,39 ± 0,23 ^c	<0,001
Sinais e sintomas da dor	11 (47,8)	1,91 ± 0,09 ^a	2,73 ± 0,23 ^b	4,09 ± 0,24 ^c	4,36 ± 0,23 ^c	<0,001
Estratégias para prevenção e controle da dor	11 (47,8)	1,92 ± 0,08 ^a	2,55 ± 0,24 ^b	3,91 ± 0,30 ^c	4,27 ± 0,32 ^c	<0,001
Uso correto de medicamento prescrito	6 (26,1)	1,67 ± 0,19 ^a	2,83 ± 0,37 ^b	4,33 ± 0,30 ^c	4,83 ± 0,15 ^c	<0,001

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Participação em programa de exercício físico** (1633) e seus indicadores foram aplicáveis aos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado e dos indicadores em todos os momentos (aos 15, 30 e 45 dias) (Tabela 23).

Tabela 23. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Participação em programa de exercício físico*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Participação em programa de exercício físico	23 (100)	1,07 ± 0,05 ^a	2,81 ± 0,16 ^b	4,52 ± 0,14 ^c	4,91 ± 0,06 ^d	<0,001
Planeja exercícios antes de iniciar	23 (100)	1,04 ± 0,04 ^a	3,00 ± 0,18 ^b	4,61 ± 0,13 ^c	4,91 ± 0,06 ^d	<0,001
Adapta rotina para incluir exercícios	23 (100)	1,04 ± 0,04 ^a	2,65 ± 0,18 ^b	4,35 ± 0,19 ^c	4,91 ± 0,06 ^d	<0,001
Apoio social da família	23 (100)	1,13 ± 0,09 ^a	2,78 ± 0,21 ^b	4,61 ± 0,15 ^c	4,91 ± 0,06 ^d	<0,001

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: controle de doença crônica** (1847) foi aplicável a dois (8,7%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que quatro dos seus indicadores foram aplicáveis a apenas um (4,3%) idoso e um indicador não foi utilizado para avaliação. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (após 30 dias, que se manteve em 45 dias) e do indicador “*dieta prescrita*” avaliado 45 dias após a primeira consulta (basal) (Tabela 24).

Tabela 24. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: controle da doença crônica*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: controle da doença crônica	2 (8,7)	1,13 ± 0,09 ^a	1,75 ± 0,18 ^a	2,38 ± 0,09 ^b	3,00 ± 0,35 ^b	<0,001
Sinais e sintomas da doença crônica	1 (4,3)	1 ± 0	1 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	-
Sinais e sintomas das complicações	1 (4,3)	1 ± 0	2 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	-
Estratégias de controle da dor	1 (4,3)	2 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	-
Uso correto do medicamento prescrito	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Dieta prescrita	2 (8,7)	1 ± 0 ^a	1,5 ± 0,35 ^{ab}	2 ± 0 ^{ab}	2,5 ± 0,35 ^b	<0,001
Imunizações recomendadas	1 (4,3)	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	-

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância
 Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828) foi aplicável a oito (34,8%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um indicador foi utilizado para avaliar sete (30,4%) idosos, outro para seis (26,1%), um para dois (8,7%) e um não foi utilizado. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “*uso correto de iluminação de ambiente*” (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias), “*uso seguro de banquinhos/escadas*” (aos 15, 30 e 45 dias) e “*uso de pequenos tapetes de borracha*” (aos 15 e 45 dias) (Tabela 25).

Tabela 25. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: prevenção de quedas*” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: prevenção de quedas	8 (34,8)	1,59 ± 0,23 ^a	3,04 ± 0,20 ^b	4,01 ± 0,36 ^c	4,42 ± 0,22 ^d	<0,001
Uso correto de dispositivos assistenciais	0 (0,0)	-	-	-	-	
Uso correto de iluminação de ambiente	7 (30,4)	1,86 ± 0,24 ^a	3,14 ± 0,24 ^b	4,14 ± 0,43 ^c	4,43 ± 0,28 ^c	<0,001
Medicação prescrita que aumenta risco de queda	2 (8,7)	1,50 ± 0,35	3,50 ± 0,35	4,00 ± 0,71	4,50 ± 0,35	0,157
Uso seguro de banquinhos/escadas	8 (34,8)	1,38 ± 0,25 ^a	3,00 ± 0,25 ^b	4,13 ± 0,37 ^c	4,63 ± 0,25 ^d	<0,001
Uso de pequenos tapetes de borracha	6 (26,1)	1,67 ± 0,30 ^a	2,83 ± 0,28 ^b	3,83 ± ,55 ^{bc}	4,17 ± 0,37 ^c	<0,001

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Estado de conforto** (2008) foi aplicável a sete (30,4%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um indicador foi utilizado para os cinco (21,7%) idosos e outros dois para avaliar três (13,0%) idosos. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “*bem estar físico*”, “*bem estar psicológico*”, “*apoio social dos amigos*” (aos 30 e 45 dias) e “*relações sociais*” (aos 15, 30 e 45 dias) (Tabela 26).

Tabela 26. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Estado de conforto*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Estado de conforto	7 (30,4)	1,64 ± 0,15 ^a	2,33 ± 0,18 ^b	3,39 ± 0,19 ^c	4,17 ± 0,14 ^d	<0,001
Bem-estar físico	3 (13,0)	1,67 ± 0,27 ^a	1,67 ± 0,27 ^a	3,00 ± 0,47 ^b	4,33 ± 0,27 ^c	<0,001
Bem-estar psicológico	7 (30,4)	1,57 ± 0,28 ^a	1,86 ± 0,37 ^a	3,00 ± 0,45 ^b	3,86 ± 0,32 ^c	<0,001
Apoio social da família	3 (13,0)	2,00 ± 0,00	2,67 ± 0,27	2,67 ± 0,27	3,00 ± 0,00	0,248
Apoio social dos amigos	5 (21,7)	2,00 ± 0,28 ^a	2,40 ± 0,36 ^a	3,40 ± 0,46 ^b	3,60 ± 0,46 ^b	<0,001
Relações sociais	7 (30,4)	1,43 ± 0,19 ^a	2,86 ± 0,13 ^b	4,29 ± 0,27 ^c	5,00 ± 0,00 ^d	<0,001

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: medicamento** (1808) foi aplicável a três (13%) dos 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF, sendo que um indicador foi utilizado para avaliar dois (8,7%) idosos e outro para um (4,3%) idoso. O resultado teve melhora significativa dos escores aos 30 dias, que se manteve aos 45 dias e os indicadores não tiveram melhora significativa da média dos escores (Tabela 27).

Tabela 27. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: medicamento*” em idosos com RSIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: medicamento	3 (13)	2,50 ± 0,41 ^a	3,00 ± 0,82 ^{ab}	3,67 ± 0,59 ^b	3,33 ± 0,36 ^b	<0,001
Nome correto do medicamento	2 (8,7)	2,50 ± 1,06	3,00 ± 1,41	4,00 ± 0,71	3,50 ± 0,35	0,157
Uso correto do medicamento prescrito	3 (13)	2,67 ± 0,27	3,33 ± 0,72	4,00 ± 0,47	3,67 ± 0,27	0,540
Uso correto de medicação não prescrita	1 (4,3)	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0	-
Técnica apropriada para auto injeção	0 (0,0)	-	-	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.3.2 Resultados e indicadores para o diagnóstico de enfermagem SIF

Os resultados e indicadores utilizados pelas enfermeiras na avaliação dos cinco idosos com SIF estão organizados pelo NOC basal (estado do idoso antes das intervenções), NOC 15 dias, NOC 30 dias e NOC 45 dias.

Os resultados de enfermagem **Equilíbrio** (0202), **Cognição** (0900) e seus indicadores não foram aplicados pelas enfermeiras na avaliação dos idosos.

O resultado de enfermagem **Estado nutricional** (1004) e seus indicadores foram aplicáveis a um (20,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF (Tabela 28).

O resultado de enfermagem **Controle do peso** (1841) e seus indicadores foram aplicáveis a três (60,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) e dos indicadores “*faixa pessoal ideal de peso*” e “*benefícios do exercício regular*” (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) e “*índice de massa corporal ideal*” (aos 30 e se manteve aos 45 dias) (Tabela 28).

Tabela 28. Escore dos indicadores dos resultados de enfermagem “Estado nutricional” e “Controle do peso” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Estado nutricional	1 (20,0)	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	-
Ingestão de nutrientes	1 (20,0)	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	-
Ingestão de alimentos	1 (20,0)	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	-
Ingestão de líquidos	1 (20,0)	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	-
Controle do peso	3 (60,0)	1,56 ± 0,24 ^a	2,89 ± 0,45 ^b	4,56 ± 0,24 ^c	4,56 ± 0,24 ^c	<0,001
Faixa pessoal ideal de peso	3 (60,0)	1,67 ± 0,27 ^a	3,00 ± 0,47 ^b	4,67 ± 0,27 ^c	4,67 ± 0,27 ^c	<0,001
Índice de massa corporal ideal	3 (60,0)	1,33 ± 0,27 ^a	2,33 ± 0,72 ^a	4,00 ± 0,47 ^b	4,00 ± 0,47 ^b	<0,001
Benefícios do exercício regular	3 (60,0)	1,67 ± 0,27 ^a	3,33 ± 0,27 ^b	5,00 ± 0,00 ^c	5,00 ± 0,00 ^c	<0,001

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Autocontrole da doença crônica** (3102) foi aplicável a quatro (80,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que um indicador foi utilizado para avaliar os quatro (80,0%) idosos, outros dois indicadores para três (60,0%) idosos, mais dois para dois (40,0%) idosos. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “segue a dieta recomendada” (aos 30 e 45 dias), “participa de exercícios recomendados” (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) e “mantém consulta com profissional de saúde” (aos 15 e 45 dias) (Tabela 29).

Tabela 29. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “Autocontrole da doença crônica” em idosos com SIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	P
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Autocontrole da doença crônica	4 (80,0)	1,23 ± 0,13 ^a	2,05 ± 0,21 ^b	3,14 ± 0,20 ^c	3,72 ± 0,16 ^d	<0,001
Monitora sinais/sintomas da doença	3 (60,0)	1,33 ± 0,27	1,33 ± 0,27	3,00 ± 0,00	3,33 ± 0,27	0,221
Segue o tratamento recomendado	2 (40,0)	1,50 ± 0,35	1,50 ± 0,35	3,00 ± 0,00	3,50 ± 0,35	0,157
Segue a dieta recomendada	3 (60,0)	1,33 ± 0,27 ^a	1,33 ± 0,27 ^a	2,67 ± 0,27 ^b	3,67 ± 0,27 ^c	<0,001
Participa de exercícios recomendados	4 (80,0)	1,00 ± 0,00 ^a	2,75 ± 0,22 ^b	4,25 ± 0,42 ^c	5,00 ± 0,00 ^c	<0,001
Utiliza estratégias para controlar a dor	2 (40,0)	1,00 ± 0,00	1,50 ± 0,35	1,50 ± 0,35	2,00 ± 0,71	0,157
Mantém consulta com profissional de saúde	3 (60,0)	1,33 ± 0,27 ^a	2,67 ± 0,27 ^b	3,33 ± 0,27 ^{bc}	3,67 ± 0,27 ^c	<0,001

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: controle da dor** (1843) e seus indicadores foram aplicáveis a um (20,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF (Tabela 30).

Tabela 30. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: controle da dor*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: controle da dor	1 (20,0)	2,33 ± 0,00	3,00 ± 0,00	4,33 ± 0,00	4,33 ± 0,00	-
Sinais e sintomas da Dor	1 (20,0)	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	-
Estratégias de prevenção e controle da dor	1 (20,0)	2 ± 0	2 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	-
Uso correto de medicamento prescrito	1 (20,0)	2 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	5 ± 0	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Participação em programa de exercício físico** (1633) e seus indicadores foram aplicáveis aos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF e houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado e dos indicadores em todos os momentos (aos 15, 30 e 45 dias) (Tabela 31).

Tabela 31. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Participação em programa de exercício físico*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Participação em programa de exercício físico	5 (100)	1,00 ± 0,00 ^a	2,30 ± 0,18 ^b	3,75 ± 0,17 ^c	4,90 ± 0,09 ^d	<0,001
Planeja exercícios antes de iniciar	5 (100)	1,00 ± 0,00 ^a	2,40 ± 0,22 ^b	4,00 ± 0,28 ^c	5,00 ± 0,00 ^d	<0,001
Adapta rotina para incluir exercícios	5 (100)	1,00 ± 0,00 ^a	2,40 ± 0,22 ^b	3,60 ± 0,22 ^c	4,80 ± 0,18 ^d	<0,001
Adere programa de exercícios	5 (100)	1,00 ± 0,00 ^a	2,40 ± 0,22 ^b	3,80 ± 0,18 ^c	4,80 ± 0,18 ^d	<0,001

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: controle de doença crônica** (1847) e dois indicadores foram aplicáveis a quatro (80,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF. Um dos indicadores foi aplicável a três (60,0%) idosos; um para dois (40,0%); e outro não foi utilizado. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 30 que se manteve aos 45 dias) e dos indicadores “*sinais e sintomas da doença crônica*” e “*sinais e sintomas das complicações*” (aos 30 que se manteve aos 45 dias), “*uso correto do medicamento e dieta prescrita*” (aos 45 dias) (Tabela 32).

Tabela 32. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: controle de doença crônica*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: controle de doença crônica	4 (80,0)	1,25 ± 0,22 ^a	1,25 ± 0,22 ^a	3,00 ± 0,35 ^b	3,25 ± 0,42 ^b	<0,001
Sinais e sintomas da doença crônica	4 (80,0)	1,25 ± 0,22 ^a	1,25 ± 0,22 ^a	3,00 ± 0,35 ^b	3,25 ± 0,42 ^b	<0,001
Sinais e sintomas das complicações	3 (60,0)	1,33 ± 0,27 ^a	1,33 ± 0,27 ^a	2,67 ± 0,27 ^b	3,33 ± 0,27 ^b	0,014
Estratégias controle da dor	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Uso correto do medicamento prescrito	4 (80,0)	1,75 ± 0,42 ^a	2,25 ± 0,55 ^a	2,75 ± 0,42 ^{ab}	3,25 ± 0,42 ^b	0,002
Dieta prescrita	2 (40,0)	1,50 ± 0,35 ^a	1,50 ± 0,35 ^a	2,00 ± 0,00 ^a	3,00 ± 0,00 ^b	<0,001
Imunizações recomendadas	1 (20,0)	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0	-

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828) foi aplicável a dois (40,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que apenas um indicador foi utilizado para avaliar um (20,0%) idoso. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e 45 dias) e dos indicadores “*uso correto de dispositivos assistenciais*” (aos 30 e 45 dias), “*uso correto de iluminação de ambiente*” (aos 15 que se manteve aos 30 e 45 dias), “*medicação prescrita que aumenta o risco de queda*” (aos 15 e 45 dias) e “*uso de pequenos tapetes de borracha*” (aos 30 que se manteve aos 45 dias) (Tabela 33).

Tabela 33. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: prevenção de quedas*” em idosos com SIF. Chapecó/ SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: prevenção de quedas	2 (40,0)	1,33 ± 0,27 ^a	2,50 ± 0,08 ^b	3,11 ± 0,09 ^c	3,89 ± 0,24 ^d	<0,001
Uso correto de dispositivos assistenciais	2 (40,0)	1,50 ± 0,35 ^a	2,50 ± 0,35 ^a	3,50 ± 0,35 ^b	4,50 ± 0,35 ^c	<0,001
Uso correto de iluminação de ambiente	2 (40,0)	1,50 ± 0,35 ^a	4,00 ± 0,71 ^b	4,00 ± 0,71 ^b	4,00 ± 0,71 ^b	0,018
Medicação prescrita que aumentam o risco de queda	2 (40,0)	1,00 ± 0,00 ^a	2,00 ± 0,00 ^b	2,50 ± 0,35 ^b	3,50 ± 0,35 ^c	<0,001
Uso seguro de banquinhos/escadas	1 (20,0)	2 ± 0	2 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	-
Uso de pequenos tapetes de borracha	2 (40,0)	1,50 ± 0,35 ^a	1,50 ± 0,35 ^a	2,50 ± 0,35 ^b	3,50 ± 0,35 ^b	0,005

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Estado de conforto** (2008) foi aplicável a três (60,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que dois indicadores foram

utilizados para dois (40,0%) idosos e um deles não foi aplicado. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores do resultado (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) e dos indicadores “*bem estar psicológico*” (aos 30 e se manteve aos 45 dias) e “*relações sociais*” (aos 15, 30 e se manteve aos 45 dias) (Tabela 34).

Tabela 34. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Estado de conforto em idosos*” com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Estado de conforto	3 (60,0)	1,67 ± 0,27 ^a	2,06 ± 0,30 ^b	3,06 ± 0,20 ^c	3,14 ± 0,26 ^c	<0,001
Bem-estar físico	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Bem-estar psicológico	2 (40,0)	1,50 ± 0,35 ^a	2,00 ± 0,71 ^{ab}	2,50 ± 0,35 ^b	3,00 ± 0,71 ^b	<0,001
Apoio social da família	3 (60,0)	1,33 ± 0,27 ^a	1,67 ± 0,27 ^{ab}	2,00 ± 0,00 ^b	2,00 ± 0,00 ^b	0,050
Apoio social dos amigos	2 (40,0)	2,50 ± 0,35	2,50 ± 0,35	3,00 ± 0,71	3,00 ± 0,71	0,157
Relações sociais	3 (60,0)	1,67 ± 0,27 ^a	2,33 ± 0,27 ^b	4,67 ± 0,27 ^c	4,67 ± 0,27 ^c	<0,001

^{a,b,c}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Conhecimento: medicamento** (1808) foi aplicável a dois (40%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que dois indicadores não foram utilizados. O resultado e os indicadores não tiveram melhora significativa da média dos escores (Tabela 35).

Tabela 35. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “*Conhecimento: medicamento*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Conhecimento: medicamento	2 (40,0)	2,50 ± 0,35 ^a	2,50 ± 0,35 ^a	3,50 ± 0,35 ^b	3,75 ± 0,18 ^b	0,018
Nome correto do medicamento	2 (40,0)	2,50 ± 1,06	3,00 ± 1,41	4,00 ± 0,71	3,50 ± 0,35	0,157
Uso correto do medicamento prescrito	2 (40,0)	2,67 ± 0,27	3,33 ± 0,72	4,00 ± 0,47	3,67 ± 0,27	0,540
Uso correto de medicação não prescrita	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Técnica apropriada para auto injeção	0 (0,0)	-	-	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Nível de fadiga** (0007) e dois dos indicadores foram aplicáveis a um (20,0%) idoso dos cinco com diagnóstico de enfermagem SIF (Tabela 36).

Tabela 36. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “Nível de fadiga” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Nível de fadiga	1 (20,0)	3 ± 0	3 ± 0	3,5 ± 0	4,5 ± 0	-
Concentração prejudicada	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Humor deprimido	1 (20,0)	3 ± 0	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	-
Apoio social da família	1 (20,0)	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	5 ± 0	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O resultado de enfermagem **Autocuidado: atividades da vida diária** (0300) foi aplicável a dois (40,0%) dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, sendo que apenas um (20,0%) indicador foi utilizado para avaliar um idoso e outro não foi utilizado. Houve melhora estatisticamente significativa da média dos escores dos indicadores “*higiene íntima*” (aos 30 e 45 dias) (Tabela 37).

Tabela 37. Escore dos indicadores do resultado de enfermagem “Autocuidado: atividades da vida diária” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Indicadores	n (%)	Basal	15 dias	30 dias	45 dias	p
		Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	Média ± EP	
Autocuidado: atividades da vida diária	2 (40,0)	2,50 ± 0,35 ^a	2,50 ± 0,35 ^a	3,50 ± 0,35 ^b	3,75 ± 0,18 ^b	0,018
Alimentar-se	1 (20,0)	3 ± 0	3 ± 0	4 ± 0	4 ± 0	-
Vestir-se	0 (0,0)	-	-	-	-	-
Higiene íntima	2 (40,0)	2,50 ± 0,35 ^a	2,50 ± 0,35 ^a	3,50 ± 0,35 ^b	4,00 ± 0,00 ^b	<0,001
Tomar banho	2 (40,0)	2,50 ± 0,35	2,50 ± 0,35	3,50 ± 0,35	3,50 ± 0,35	0,157

^{a,b,c,d}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

5.4 Intervenções e atividades de enfermagem NIC selecionadas para o idoso com diagnósticos RSIF e SIF

Entre idosos com RSIF, dois (8,7%) necessitaram intervenção **Estimulação cognitiva** (4720) e suas atividades. Não houve efetividade significativa das atividades (Tabela 38).

Tabela 38. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “Estimulação cognitiva” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	1,000
Encorajar a estimulação cognitiva como a leitura ou participação ativa em atividades culturais e artísticas	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	1,000

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Os idosos com SIF não necessitaram da intervenção **Estimulação cognitiva** (4720) e suas atividades (Tabela 39).

Tabela 39. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Estimulação cognitiva*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Estimular o desenvolvimento por meio da participação em atividades para melhorar a realização e aprendizagem	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Encorajar a estimulação cognitiva como a leitura ou participação ativa em atividades culturais e artísticas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com RSIF, 12 (52,2%) necessitaram da intervenção **Aconselhamento nutricional** (5246) e suas atividades. Não houve efetividade significativa nas atividades (Tabela 40).

Tabela 40. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Aconselhamento nutricional*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do idoso	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	12 (52,2)	0,835
Estabelecer metas realísticas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional	12 (52,2)	12 (52,2)	10 (43,5)	10 (43,5)	0,141

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com SIF, três (60,0%) necessitaram da intervenção **Aconselhamento nutricional** (5246) e suas atividades. Não houve efetividade significativa nas atividades (Tabela 41).

Tabela 41. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Aconselhamento nutricional*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Determinar os hábitos de consumo alimentar e de alimentação do idoso	3 (60,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0,277
Estabelecer metas realísticas em curto e longo prazo para a mudança no estado nutricional	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os 23 (100%) idosos com RSIF, 20 (87%) deles necessitaram da intervenção **Ensino: processo da doença** (5602), sendo que uma atividade foi utilizada para 19 (82,6%) idosos, outra para 17 (73,9%) e mais uma para nove (39,1%) idosos. Houve efetividade significativa na atividade “*Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia*” (aos 30 e mantida aos 45 dias) (Tabela 42).

Tabela 42. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Ensino: processo da doença*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia	17 (73,9) ^b	17 (73,9) ^b	4 (17,4) ^a	1 (4,3) ^a	<0,001
Discutir as mudanças de estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e /o controlar o processo da doença	19 (82,6)	19 (82,6)	19 (82,6)	18 (78,3)	0,308
Orientar o idoso sobre as medidas para controlar/minimizar os sintomas	9 (39,1)	9 (39,1)	8 (34,8)	7 (30,4)	0,339

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Os cinco (100%) idosos com SIF necessitaram da intervenção **Ensino: processo da doença** (5602), sendo que uma atividade foi utilizada para quatro (80,0%) idosos. Houve efetividade significativa na atividade “*Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia*” (aos 30 e mantida aos 45 dias) (Tabela 43).

Tabela 43. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Ensino: processo da doença*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia	5 (100) ^b	4 (80,0) ^{ab}	2 (40,0) ^a	1 (20,0) ^a	0,034
Discutir as mudanças de estilo de vida que podem ser necessárias para evitar futuras complicações e /o controlar o processo da doença	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	-
Orientar o idoso sobre as medidas para controlar/minimizar os sintomas	4 (80,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0,173

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com RSIF, 23 (100%) necessitaram da intervenção **Promoção do exercício** (0200), sendo que uma atividade foi utilizada para sete (30,4%) idosos. Houve efetividade significativa na utilização da atividade “*incluir a família, cuidadores no*

planejamento e a manter o programa de exercícios” e “orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico” (aos 30 e mantida aos 45 dias) e na atividade “auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício” houve efetividade aos 30 dias, que reduz ainda mais aos 45 dias (Tabela 44).

Tabela 44. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “Promoção do exercício” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício	23 (100) ^c	23 (100) ^c	14 (60,9) ^b	6 (26,1) ^a	<0,00 1
Incluir a família, cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercícios	7 (30,4) ^b	7 (30,4) ^b	1 (4,3) ^a	0 (0,0) ^a	<0,00 1
Orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico	23 (100) ^b	21 (91,3) ^b	2 (8,7) ^a	2 (8,7) ^a	<0,00 1
Monitorar a adesão do idoso em programa de exercício/atividades	23 (100)	23 (100)	23 (100)	23 (100)	1,000

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com SIF, cinco (100%) necessitaram da intervenção **Promoção do exercício** (0200), sendo que uma atividade foi utilizada para dois (40,0%) idosos. Houve efetividade significativa na utilização da atividade “incluir a família, cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercícios” (dos 15 dias para os 45 dias) e “orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico” (aos 30 e mantida aos 45 dias). Na atividade “auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício” houve efetividade aos 45 dias (Tabela 45).

Tabela 45. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “Promoção do exercício” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício	5 (100) ^b	5 (100) ^b	4 (80,0) ^b	1 (20,0) ^a	0,043
Incluir a família, cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercícios	2 (40,0) ^{ab}	3 (60,0) ^b	2 (40,0) ^{ab}	0 (0,0) ^a	<0,00 1
Orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico	5 (100) ^b	5 (100) ^b	2 (40,0) ^a	0 (0,0) ^a	0,006
Monitorar a adesão do idoso em programa de exercício/atividades	5 (100)	5 (100)	5 (100)	5 (100)	-

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com RSIF, seis (26,1%) necessitaram da intervenção **Prevenção contra quedas** (6490), sendo utilizadas duas atividades para cinco (21,7%) idosos. Houve efetividade significativa na utilização da atividade “*Orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade*” (aos 30 e mantida aos 45 dias) (Tabela 46).

Tabela 46. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Prevenção contra quedas*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade	6 (26,1) ^b	5 (21,7) ^b	0 (0,0) ^a	0 (0,0) ^a	<0,001
Orientar para remoção de mobília que se encontra próximo ao chão e apresenta perigo para tropeçar	5 (21,7)	5 (21,7)	4 (17,4)	4 (17,4)	0,256
Orientar o idoso a instalar corrimãos e barras de apoio, bem como realizar a troca de tapetes derrapantes por antiderrapantes	5 (21,7)	5 (21,7)	4 (17,4)	4 (17,4)	0,308
Educar o idoso e os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos	6 (26,1)	6 (26,1)	4 (17,4)	3 (13,0)	0,191

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com SIF, três (60,0%) necessitaram da intervenção **Prevenção contra quedas** (6490), sendo que uma atividade foi utilizada para dois (40,0%) idosos. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 47).

Tabela 47. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Prevenção contra quedas*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade	3 (60,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,109
Orientar para remoção de mobília que se encontra no nível próximo ao chão e que apresenta perigo para tropeçar	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	-
Orientar o idoso a instalar corrimãos e barras de apoio, bem como realizar a troca de tapetes derrapantes por antiderrapantes	3 (60,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0,277
Educar o idoso e os familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,283

^{a,b}. Letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com RSIF, 23 (100%), nove (39,1%) necessitaram da intervenção **Melhora da socialização** (5100), sendo que uma atividade foi utilizada para oito (34,8%) idosos, outra para cinco (21,7%), mais uma para quatro (17,4%) e uma para dois (8,7%) idosos. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 48).

Tabela 48. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Melhora da socialização*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Encorajar o maior envolvimento em relacionamento já estabelecidos	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	8 (34,8)	1,000
Encorajar atividades sociais e comunitárias	9 (39,1)	9 (39,1)	7 (30,4)	7 (30,4)	0,209
Promover o compartilhamento de problemas com outros	5 (21,7)	5 (21,7)	2 (8,7)	1 (4,3)	0,225
Facilitar o uso de dispositivos auxiliares de déficit sensoriais, como óculos e aparelhos auditivos	2 (8,7)	2 (8,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,139
Explorar os pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos	4 (17,4)	4 (17,4)	3 (13,0)	2 (8,7)	0,345

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com SIF, cinco (100%), três (60,0%) necessitaram da intervenção **Melhora da socialização** (5100), sendo que uma atividade foi utilizada para dois (40,0%) idosos e outra para um (20,0%) idoso. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 49).

Tabela 49. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Melhora da socialização*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Encorajar o maior envolvimento em relacionamento já estabelecidos	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0,277
Encorajar atividades sociais e comunitárias	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0,372
Promover o compartilhamento de problemas com outros	3 (60,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0,277
Facilitar o uso de dispositivos auxiliares de déficit sensoriais, como óculos e aparelhos auditivos	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (0,0)	0,264
Explorar os pontos fortes e fracos da atual rede de relacionamentos	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os 23 (100%) idosos com RSIF, três (13,0%) deles necessitaram da intervenção **Controle de medicamentos** (2380), sendo que duas atividades foram utilizadas para dois (8,7%) idosos e outras duas para um (4,3%) idoso. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 50).

Tabela 50. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Controle de medicamentos*” em idosos com RSIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1,000
Revisar periodicamente com o idoso e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	1 (4,3)	0,318
Facilitar mudanças na medicação com o médico, conforme apropriado	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1 (4,3)	1,000
Monitorar a adesão ao esquema medicamentoso	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	1,000
Determinar o impacto do uso de medicamentos no estilo de vida do idosos	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	2 (8,7)	1,000

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os cinco (100%) idosos com SIF, três (60,0%) necessitaram da intervenção **Controle de medicamentos** (2380), sendo que três atividades foram utilizadas para dois (40,0%) idosos e outra para um (20,0%) idoso. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 51).

Tabela 51. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “*Controle de medicamentos*” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Monitorar a eficácia da modalidade de administração de medicamentos	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,283
Revisar periodicamente com o idoso e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-
Facilitar mudanças na medicação com o médico, conforme apropriado	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0,189
Monitorar a adesão ao esquema medicamentoso	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	3 (60,0)	-
Determinar o impacto do uso de medicamentos no estilo de vida do idosos	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,283

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Dentre os idosos com SIF, cinco (100%), dois (40,0%) necessitaram da intervenção **Assistência no autocuidado** (1800) e suas atividades. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades (Tabela 52).

Tabela 52. Escore das atividades da intervenção de enfermagem “Assistência no autocuidado” em idosos com SIF. Chapecó/SC, 2018

Atividades	Basal n (%)	15 dias n (%)	30 dias n (%)	45 dias n (%)	p
Considerar a idade do idoso ao promover atividades de autocuidado	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-
Encorajar o idoso a realização das atividades normais da vida diária conforme seu nível de capacidade	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-
Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-

Fonte: dados da pesquisa (2018).

6 DISCUSSÃO

Este capítulo visa discutir, inicialmente, o consenso dos especialistas acerca do modelo multidimensional de cuidado ao idoso, construído com base no MMES, associado aos SLP NANDA-I, NIC e NOC. Na sequência passa a discutir a aplicabilidade desse modelo na prática clínica, com foco em idosos com os diagnósticos de enfermagem RSFI e SIF, pontuando os elementos que compõem cada um desses diagnósticos.

A primeira parte do modelo constitui-se no histórico de enfermagem e exame físico, validados pelos especialistas com suas respectivas sugestões. Os dados contidos nesta, foram organizados conforme as dimensões do MMES e se revelaram completos para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, ou seja, ofereceram informações suficientes para julgar a existência de características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco.

A construção de instrumentos de coleta de dados, para o histórico de enfermagem e exame físico, precisa ser estruturada com base em referenciais que possam subsidiar o enfermeiro para a identificação das melhores evidências, que garantam a seleção de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Por isso, o agrupamento de SLP e referenciais teóricos para a construção de modelos, é passível de instrumentalizar o enfermeiro para a efetivação e qualificação do cuidado, além de trazer uma alternativa capaz de nortear a atuação do enfermeiro em sua prática clínica. Também possibilita uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (sequência de passos interligados) para abordar o indivíduo dentro de um referencial teórico e metodológico de Enfermagem (processo de enfermagem) (DOMINGOS et al., 2015; PAIVA, SENA, 2016).

Após a construção, os modelos podem ser validados por especialistas sendo que, a validação aperfeiçoa o conteúdo previamente elaborado, tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe. Para isso é necessário o julgamento de um grupo de especialistas com experiência na área temática do instrumento, aos quais cabe analisar a correção, coerência e adequação do conteúdo. A validação é essencial no desenvolvimento de um modelo de cuidado, pois permite verificar o quanto os itens incluídos correspondem à construção teórica que fundamenta o instrumento, a fim de tornar possível avaliar o fenômeno de interesse (MOREIRA et al., 2014; DALLA NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2017).

Dessa forma, as informações validadas no processo de construção desse modelo, com as contribuições dos especialistas em cada dimensão de cuidado (fisiológica, social e

psicológica), impactaram para que fosse possível estabelecer o raciocínio diagnóstico a fim de definir os idosos com RSIF ou SIF.

Os idosos com ambos os diagnósticos, apresentaram características sociodemográficas que revelaram uma média de idade de 65,6 anos sendo que, a cada ano a mais na vida do idoso, a prevalência de SIF aumenta em 4% (ARGENTA, 2012; JESUS et al., 2017). A maioria era do sexo feminino, fator de risco para SIF, o que se justifica por diferenças na composição corporal entre os sexos, ou seja, a mulher tem menor quantidade de massa muscular que interfere na capacidade física funcional e que se constitui em condição intrínseca a fragilidade (LIBERALESSO et al, 2017). Outro achado relevante é a baixa escolaridade dos pesquisados, que se deve ao momento em que os idosos estavam em fase escolar em que a educação era informal e não obrigatória, sendo assim, o acesso à escola não era facilitado (GROSS et al, 2018). No que se refere a condição econômica, 71% dos idosos com ambos os diagnósticos de enfermagem, referiram ser aposentados, e esta condição é um determinante social que podem interferir na fragilidade, uma vez que tem relação com o estilo e qualidade de vida dos indivíduos (NERI et al., 2013).

A maioria dos idosos foram avaliados com diagnóstico de enfermagem RSIF porque os dados coletados corroboraram sem grandes problemas à saúde. O acompanhamento desses idosos visa mantê-los envelhecendo com sucesso, avaliando-os e intervindo precocemente e preventivamente para evitar agravos que levam a síndrome. É importante, para um bom monitoramento e avaliação dos resultados de enfermagem, se ter um instrumento de avaliação inicial, multidimensional que forneça dados acurados para que o enfermeiro possa diagnosticar, intervir e seguir no processo de monitoramento visando o envelhecimento bem sucedido.

6.1 Quais os resultados e indicadores NOC, intervenções e atividades NIC mais adequadas para avaliar e intervir no idoso com diagnósticos de enfermagem RSIF ou SIF, determinados em consenso de especialistas?

Os resultados de enfermagem da NOC e intervenções de enfermagem da NIC, validados pelos especialistas para os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, foram semelhantes, corroborando a similaridade entre a maioria dos componentes desses dois diagnósticos, como características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas.

Os achados do presente estudo demonstraram que dos 13 diferentes resultados de enfermagem validados, 10 foram comuns em ambos os diagnósticos. Os resultados validados para os dois diagnósticos avaliaram **Equilíbrio** (0202), **Cognição** (0900), **Estado nutricional** (1004), **Autocontrole da doença crônica** (3102), **Conhecimento: controle da dor** (1843), **Participação em programa de exercício físico** (1633), **Conhecimento: controle da doença crônica** (1847), **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828), **Conhecimento: controle do peso** (1841) e **Estado de conforto** (2008).

Apenas dois dos 13 resultados foram validados apenas para o diagnóstico SIF, sendo eles **Nível de fadiga** (0007) e **Autocuidado: atividades da vida diária** (0300). E um dos 13 – **Conhecimento: medicamento** (1808) –, foi validado apenas para o diagnóstico RSIF.

As intervenções de enfermagem da NIC, validadas para os dois diagnósticos de enfermagem, foram similares. Das oito diferentes intervenções validadas, apenas a **Assistência ao autocuidado** (1800) foi validada exclusivamente para o diagnóstico SIF e as outras sete foram validadas para os dois diagnósticos.

As intervenções validadas destacam a importância da **Promoção do exercício** (0200), do **Aconselhamento nutricional** (5246), do **Controle de medicamentos** (2380), da **Estimulação cognitiva** (4720), da **Melhora da socialização** (5100), da **Prevenção contra quedas** (6490) e do **Ensino: processo da doença** (5602).

Os resultados **Equilíbrio** (0202) e **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828), além da intervenção **prevenção contra quedas** (1828), possuem relação direta com a característica definidora “*deambulação prejudicada*”, pois têm os mesmos fatores relacionados e também fatores de risco, como “*equilíbrio prejudicado*”, “*fraqueza muscular*”, “*medo de queda*”, e são fundamentais para a população em risco com histórico de quedas. Tais resultados e a sua intervenção estão arrolados às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES.

Recente estudo de revisão integrativa reforça esses dados e busca contribuir com a compreensão dos indicadores utilizados no resultado **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828), a partir da construção das definições conceituais de 14 dos 20 indicadores disponíveis. As autoras sugerem o agrupamento dos indicadores “*condições crônicas que aumentam o risco de quedas*” e “*doenças agudas que aumentam o risco de quedas*” em um único indicador com nova titulação “*doenças que aumentam o risco de quedas*”, e a manutenção dos títulos da edição da NOC (versão língua inglesa) dos indicadores *Razões para restrições* e *Importância de manter a passagem livre* (LUZIA et al., 2018).

O número de quedas em idosos vem aumentando consideravelmente devido ao aumento da expectativa de vida e às mudanças biológicas associadas à idade. Essa afirmação se confirma a partir da realização de uma revisão sistemática, cujos resultados revelaram que 93% dos idosos já sofreram queda (OMS, 2016; FHON et al., 2016).

Na revisão sistemática supracitada, os autores buscaram evidências entre a prevalência de quedas e a associação com a Síndrome da Fragilidade no Idoso. A prevalência de queda no idoso frágil variou de 6,7% a 44% e houve evidência de que a queda está associada à presença de fragilidade, mas depende de múltiplos fatores, como idade, sexo, local onde vive e o próprio processo de senescência do idoso, conforme determinam os elementos que compõem os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF (FHON et al., 2016).

A senescência vem acompanhada de mudanças nas funções físicas que frequentemente levam à instabilidade da marcha e prejudicam a capacidade de equilíbrio, restringindo a autonomia dos idosos e causando-lhes quedas. Somam-se a isso fatores de risco relacionados ao aumento da idade, em que se destacam a diminuição do equilíbrio, da função física, da força e da resistência muscular, especialmente nos membros inferiores (PARK et al., 2016).

Outra questão importante é o medo de queda que se caracteriza como a perda da confiança em se manter em equilíbrio ou a incapacidade de evitar quedas. O medo de cair é considerado patológico quando exagerado, vindo a interferir na qualidade de vida, no conforto emocional e no desempenho diário do indivíduo (DINGOVÁ; KRÁLOVÁ, 2017).

Pesquisa realizada com idosos os questionou acerca do medo de cair, e revelou que a maioria se mostrou preocupada em cair, principalmente quando realiza suas atividades de vida diária. Além disso, os autores verificaram que fatores como uma queda prévia e a redução de mobilidade levam os idosos a evitar certas atividades ou as realizam com receio de cair. Isso favorece, via de regra, o sedentarismo e a limitação em realizar determinadas atividades (GALIMBERTI; ALMEIDA, 2012).

Diante disso, a atuação do enfermeiro torna-se fundamental para prevenção contra quedas a partir de ações que estimulem o autocuidado levando em consideração a multidimensionalidade que envolve os idosos; da identificação de potenciais riscos de quedas e direcionamento de recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, da implantação de modelos focados no autocuidado; de capacitações acerca da prevenção de quedas para indivíduos envolvidos na assistência ao idoso com estímulo à cultura de segurança e da utilização de diagnóstico de enfermagem para nortear as intervenções contra quedas (DIAS et al., 2015; CORREA et al., 2012).

O resultado **Cognição** (0900) e a intervenção **Estimulação cognitiva** (4720) possuem relação direta com a característica definidora “*memória prejudicada*” e com a condição associada “*alteração na função cognitiva*”, descrita tanto no diagnóstico de risco como no foco do problema. Este resultado e a intervenção estão relacionados às dimensões fisiológica e psicológica do MMES.

Os critérios internacionais para a detecção do declínio cognitivo entre idosos incluem as queixas de memória como um importante parâmetro. Tais queixas, contudo, nem sempre são preditivas de declínio cognitivo ou de demência, uma vez que também podem refletir a situação emocional do paciente, associado a sintomas depressivos, ansiedade e à baixa escolaridade, intensificando as queixas de memória prejudicada (SILVA et al., 2014; ALBERT et al., 2011; FROTA et al., 2011).

Além do comprometimento da memória, os idosos também podem apresentar problemas com o raciocínio, percepção, atenção, capacidade de conhecer e reconhecer, linguagem e personalidade. Se o declínio cognitivo progride, agrava-se a dependência e as incapacidades que, inicialmente, limitam o idoso, impedindo-o de realizar as mais simples tarefas da vida diária (CASTRO et al., 2016).

Com isso, verifica-se um crescente reconhecimento da importância de o enfermeiro proporcionar aos idosos, atividades de intervenção cognitiva, que incluem abordagens de treino, reabilitação e estimulação cognitiva por meio de atividades como jogos físicos, utilização de sons, discussão de questões atuais, associação de palavras, criatividade, classificação de objetos, orientação, uso do dinheiro, jogos com números e palavras (FONSECA et al., 2016).

Os resultados **Estado nutricional** (1004), **Conhecimento: controle do peso** (1841) e a intervenção **Aconselhamento nutricional** (5246), têm relação com a característica definidora “*nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais*”, com os fatores relacionados e também com os fatores de risco “*desnutrição*” e “*obesidade*”, e com as condições associadas “*anorexia*”, “*sarcopenia*”, “*obesidade sarcopênica*”, “*perda não intencional de 25% do peso corporal em um ano*”, “*perda não intencional do peso >4,5 kg em um ano*”. Estes resultados e a intervenção estão conexos às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES, e merecem atenção da Enfermagem.

A perda de peso não intencional ($\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal em relação ao ano anterior) é um dos cinco critérios propostos para a determinação da fragilidade em idosos e pode ser definida por meio do autorrelato da perda (FRIED et al., 2001).

Esta perda de peso e a obesidade são condições importantes a serem avaliadas no idoso. Estudo realizado em Israel, com idosos de idade igual ou superior a 65 anos, buscou avaliar se os fenótipos específicos da obesidade em idosos residentes na comunidade afetam diferentemente a relação entre fragilidade e comprometimento funcional e se estão relacionados ao comprometimento cognitivo. Pesquisadores utilizaram o Mini exame do Estado Mental (pontuação < 24 e > 17 – déficit cognitivo), além da escala de atividades de vida diária de Katz para avaliação funcional e o Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência da cintura para avaliar obesidade. Os autores concluíram que a relação entre fragilidade e incapacidade é mais proeminente em idosos com gordura abdominal comparados aos não obesos. A taxa de comprometimento cognitivo é 3,3 vezes maior em mulheres que eram obesas avaliadas pela gordura abdominal e não pelo IMC (BUCH et al., 2018).

Disso se depreende a importância da realização de ações de educação nutricional que consiste em um processo que engloba mudanças de atitudes, ou seja, na maneira de pensar, agir e sentir, sempre estimulando e reforçando os conhecimentos sobre saúde, permitindo assim, que o idoso se mantenha longe do risco de desnutrição ou de outras doenças ligadas ao consumo de alimentos em excesso (COUTINHO, VIANA, RODRIGUES, MACEDO, LOPES, FARIA, 2016).

Os resultados **Autocontrole da doença crônica** (3102), **Conhecimento: controle da doença crônica** (1847) e a intervenção **Ensino: processo da doença** (5602) estão relacionados com a característica definidora “*débito cardíaco diminuído*”, com o fator relacionado e também fator de risco “*depressão*”, com as condições associadas “*processo de coagulação alterado*”, “*doença crônica*”, “*redução na concentração sérica de 25-hidroxivitamina D*”, “*disfunção na regulação endócrina*”, “*transtorno psiquiátrico*” e “*resposta inflamatória suprimida*”. Além disso, idade > 70 anos, etnia diferente da caucasiana, gênero feminino e hospitalização prolongada são características de população em risco. Esses resultados e a intervenção estão conexos às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES e apontam para uma avaliação multidimensional.

A probabilidade de adquirir uma doença ou incapacidade crônica aumenta com o passar dos anos, sendo frequente a multiplicidade de morbidades em um mesmo indivíduo. Muitos idosos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis que são estados permanentes ou de longa permanência, os quais requerem acompanhamento constante pois, em razão da sua natureza, não têm cura (JOBIM; JOBIM, 2015).

Embora tenha havido avanços nos estudos dos fatores de risco ainda há pouco conhecimento sobre as causas de várias doenças crônicas, decorrentes, principalmente, do

tabagismo, da alimentação inadequada, do álcool e da inatividade física, além dos fatores de risco intermediários mais importantes relacionados à hipertensão, dislipidemia, obesidade/sobrepeso e intolerância à glicose. Ademais, há os fatores não modificáveis, como a genética, determinantes macroeconômicos e sociais (CAMARANO, 2014).

Em função da gravidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos seus impactos nos sistemas de saúde e na sociedade, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou, em 2011, uma reunião de alto nível sobre o assunto para debater compromissos globais sobre o tema. Essa reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT a partir de ações preventivas dos principais fatores de risco, com vistas a garantir uma adequada atenção à saúde (UNITED NATIONS, 2011; WHO, 2012; BRASIL, 2011).

O Brasil participou ativamente dessa mobilização global ao lançar o *Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022*, que define metas e compromissos, ações e investimentos no sentido de preparar o país para o enfrentamento dos desafios representados pelas DCNT e seus fatores de risco nos próximos 10 anos. Destaca-se, entre as metas traçadas pelo Plano, a redução de 2% ao ano na mortalidade causada pelas quatro principais DCNT (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2016).

A fim de cumprir com o plano, é preciso que a equipe multiprofissional estabeleça ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, fortalecimento da atenção básica de saúde, articulação das redes de serviços e urgência, de modo a ampliar uma resposta de abordagem das DCNT nos diversos níveis de atenção, e buscar o acompanhamento longitudinal dos portadores dessas doenças, com vinculação e sob a responsabilização dos serviços e profissionais (MALTA et al., 2016).

O resultado **Conhecimento: controle da dor** (1843) e as intervenções **Controle de medicamentos** (2380) e **Ensino: processo da doença** (5602) estão relacionadas à característica definidora “*desesperança*” e ao fator relacionado e também fator de risco “*intolerância à atividade*” e “*imobilidade*” com a condição associada “*doença crônica*” e “*hospitalização prolongada*” como elemento da população em risco. Este resultado e as intervenções estão conexas às dimensões fisiológica e psicológica e social do, MMES demandando avaliação multidimensional com foco no conhecimento e no ensino do paciente/família.

A prevalência de dor na velhice está geralmente associada às doenças crônicas, de modo especial à artrite e osteoporose, que exercem influência importante no processo de incapacidade funcional e fragilidade. A prevalência de dor entre idosos com 60 anos ou mais,

residentes na comunidade, com duração superior há três meses, pode variar entre 25 e 76% (KAYSER et al., 2014; ABDULLA et al., 2013).

A dor é internacionalmente reconhecida como um agravo recorrente na vida dos idosos. Alguns estudos identificaram os seguintes fatores associados à dor na velhice: idade, sexo, obesidade, ansiedade, depressão, doenças osteoarticulares, distúrbios do sono, fadiga, algumas doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, bem como quedas e fraturas (DELLAROZA et al., 2013; MCBETH; LACEY; WILKIE, 2014; MUNDAL et al., 2014; PATEL et al., 2013; BENYON; HILL; MALLEEN, 2013; BETTIOL et al., 2017).

A dor crônica é extremamente comum no idoso e, embora seja predominantemente um sintoma somático, também pode ser um elemento emocional prejudicial e, por isso, tem muitas semelhanças com a depressão nessa fase da vida. As duas possuem um relacionamento bidirecional, ou seja, depressão e dor podem ser simultaneamente fatores de risco (ZIS et al., 2017).

Além disso, a dor crônica no idoso tende a ser multifocal e multifatorial, associada à diminuição da socialização e da capacidade funcional, a alterações do sono, da marcha e da imobilidade. Pode, inclusive, desencadear um ciclo de desuso e inatividade, resultando em fraqueza muscular e comprometimento da função física. A utilização de estratégias farmacológicas para o controle da dor em idosos tem se demonstrado a mais importante e eficaz forma de atenuar a dor, todavia, a utilização da combinação de estratégias não farmacológicas com o regime medicamentoso constitui um importante recurso no tratamento e controle da dor (FONSECA; LOPES; RAMOS, 2013).

Face à subjetividade e complexidade do fenômeno da dor, cabe considerar a sua abordagem holística e multidisciplinar. O enfermeiro deve avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias, avaliando os resultados da enfermagem. As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, e devem ser escolhidas de acordo com as preferências do idoso, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (FONSECA; LOPES; RAMOS, 2013; MATOS et al., 2017).

Estudo de revisão sistemática identificou recentemente os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e as medidas não farmacológicas para o alívio da dor crônica, as quais consistiram em massagem, reflexologia, acupressão, terapia térmica (calor/frio) e associação de diferentes medidas num programa de exercícios (aquecimento, fortalecimento muscular, alongamento, treino de equilíbrio e massagem). Os resultados foram sensíveis a tais intervenções, principalmente em relação ao controle de sintomas (diminuição na intensidade

da dor), estado funcional (aumento da amplitude articular), estratégias de adaptação eficazes (melhoria do bem-estar e conforto) e autocuidado (satisfação). Nos casos de dor aguda, as medidas consistiram em alongamento muscular, posicionamento, relaxamento, crioterapia, musicoterapia e suporte emocional, demonstrando sensível controle de sintomas (diminuição na intensidade da dor) (MATOS et al., 2017).

O resultado **Participação em programa de exercício físico** (1633) e a intervenção **Promoção do exercício** (0200) estão relacionados às características definidoras “*intolerância à atividade*” e “*mobilidade física prejudicada*”, além dos fatores relacionados e de risco, como “*intolerância à atividade*”, “*atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade*”, “*redução da força muscular*”, “*mobilidade prejudicada*” e “*estilo de vida sedentário*”, somado às condições associadas de “*caminhada de quatro metros que requer mais de cinco segundos*” e “*sarcopenia*”, e da “*desvantagem econômica*”, que é uma característica da população em risco. Este resultado e a intervenção estão associados às dimensões fisiológica e social do MMES.

A prática regular de exercício físico é considerada um fator importante para a prevenção da incapacidade funcional. Seus efeitos melhoram a função muscular, a amplitude de movimento, o equilíbrio e a coordenação motora, além de prevenir ou retardar o desenvolvimento de doenças crônicas. Além disso, a prática de atividade física pode promover a interação social, impedindo o desenvolvimento de sintomas depressivos (DUCA; HALLAL; PAULO, 2011; CASTRO et al., 2016).

Estudo de revisão sistemática buscou evidenciar ensaios clínicos randomizados e controlados que avaliam os efeitos de intervenções de exercícios físicos em idosos com demência em instituições de longa permanência. O estudo constatou que a maioria dos estudos revela efeitos positivos significativos do exercício físico na cognição, agitação, humor, mobilidade e capacidade funcional dos idosos. Além disso, intervenções relacionadas à promoção do exercício físico promovem benefícios importantes para os idosos e melhoram a saúde e o bem-estar daqueles que vivem com demência, especificamente em lares de idosos (BRETT; TRAYNOR; STAPLEY, 2016).

Para exemplificar uma estratégia positiva de promoção da atividade física, destaca-se o programa de mudança de comportamento (VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde) oferecido para idosos cadastrados nos centros de saúde de Florianópolis/SC. O programa consiste na distribuição de pedômetros (equipamento que conta os passos do indivíduo durante a atividade física) e têm sido fator motivador e contribuiu para que os idosos aumentassem e/ou mantivessem o número de minutos gastos em atividades físicas moderadas.

Para a execução do projeto, os idealizadores trazem como limitação a necessidade de recursos financeiros e humanos, todavia sugerem que os recursos financeiros poderiam ser incluídos nos orçamentos municipais de “Ações de promoção e prevenção à saúde” (BORGES et al. 2014).

O resultado **Estado de conforto** (2008) e a intervenção **Melhora da socialização** (5100) estão relacionados às características definidoras “*desesperança*” e “*isolamento social*”, com os fatores relacionados e também fatores de risco “*ansiedade*”, “*apoio social insuficiente*”, “*tristeza*”, “*depressão*” e “*isolamento social*”, e com as condições associadas de “*déficit sensorial*”, “*espaço de vida limitado*”, “*morar sozinho*”, “*baixo nível educacional*”, “*vulnerabilidade social*” e a “*desvantagem econômica*” como característica de população em risco. Este resultado e a intervenção estão conexos às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES.

Sentimento de tristeza e isolamento social são características a serem observadas no idoso que possui depressão. Trata-se de um importante problema de saúde que provoca alterações comportamentais, as quais podem se constituir no primeiro sinal de um distúrbio maior, mas que nem sempre são facilmente reconhecidas (DRAGO; MARTINS, 2012).

O processo de envelhecimento provoca o acúmulo de alterações corporais e emocionais, podendo se constituir em fatores de risco para a maioria das doenças. A carga emocional das experiências negativas acumuladas pode levar ao humor deprimido, que embora possa ser apenas uma reação normal a eventos como o luto, também pode ser uma característica de depressão, considerada um problema de saúde mental mais prevalente e mais tratável na velhice. Além de seu impacto emocional, a depressão também pode causar atipicamente sintomas como a fadiga (ZIS et al., 2017).

Ao menor esforço, a fadiga (talvez devido a uma doença física concomitante) pode produzir apatia e perda de interesse por atividades que anteriormente eram motivo de prazer. Alguns idosos doentes manifestam, ainda, retardo psicomotor, como a lentidão da fala e dos movimentos do corpo ou, nos casos mais graves, isolam-se da sociedade, negligenciando o trato pessoal, recusando-se, inclusive, a comer ou a falar (DRAGO; MARTINS, 2012).

Diante disso, o enfermeiro pode incentivar os idosos a participarem de grupos de convivência que podem trazer diversos benefícios, como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e a adoção de um estilo de vida mais ativo, pois, na maioria dos grupos, são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal (ANDRADE et al., 2014).

O resultado **Conhecimento: medicamento** (1808) e a intervenção **Controle de medicamentos** (2380) estão relacionados à característica definidora “*débito cardíaco diminuído*”, com o fator relacionado e também fator de risco “*depressão*”, com as condições associadas “*processo de coagulação alterado*”, “*doença crônica*”, “*redução na concentração sérica de 25-hidroxivitamina D*”, “*disfunção na regulação endócrina*”, “*transtorno psiquiátrico*” e “*resposta inflamatória suprimida*”. Além disso, “*idade > 70 anos*”, “*desvantagem econômica*”, “*morar sozinho*” e “*baixo nível educacional*” são características de população em risco. Este resultado e a intervenção estão arrolados às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES.

Observa-se que este resultado foi validado apenas para o diagnóstico de enfermagem RSIF, embora também pareça aplicável aos idosos com SIF que apresentem condições cognitivas adequadas à compreensão do uso de seus medicamentos.

A maioria dos idosos possui inúmeras doenças crônicas e, conseqüentemente, usa mais do que um medicamento contínuo, o que pode se constituir num verdadeiro desafio na administração e organização da terapia medicamentosa. Além disso, existe um potencial significativo para o desenvolvimento de interações medicamentosas devido ao uso crônico de drogas e efeitos colaterais em comparação a adultos mais jovens. A utilização de inúmeros medicamentos ainda não é internacionalmente padronizada em relação à diferenciação entre polifarmácia ou polimedicação. Com o aumento do número de medicamentos prescritos e não prescritos, o risco de efeitos colaterais e as interações aumentam significativamente (VRDOLJAK; BOROVARAC, 2015).

O conhecimento dos pacientes sobre a sua condição de saúde e os medicamentos que utiliza facilita a adesão ao tratamento e diminui a chance de erros na sua administração. Nos casos em que os idosos são incapazes de administrar a sua medicação, as deficiências reduzem quando cuidadores de idosos também entendem a importância da adesão à medicação (BEZERRA; BRITO; COSTA, 2016; OLIVEIRA; SANTOS, 2016; LINGLER et al., 2016).

Existem barreiras específicas da idade que tornam os idosos mais vulneráveis ao uso incorreto da medicação, como o déficit/disfunção cognitiva, perda de visão, falta de compreensão, incapacidade para lidar com múltiplas medicações e atitudes ou crenças acerca dos medicamentos (SARDINHA et al., 2015).

Por isso, é dever dos profissionais da saúde orientar os idosos para o uso correto dos medicamentos, permitindo que o tratamento seja eficaz, capacitando o idoso para lidar com os prováveis efeitos colaterais e interações medicamentosas, além de contribuir para adesão ao

tratamento. O enfermeiro pode promover a educação em saúde acerca dos medicamentos, durante consultas de enfermagem, visitas domiciliares ou em espaços de convivência para idosos (BOTH et al., 2015).

O resultado **Nível de fadiga** (0007) e as intervenções **Melhora da socialização** (5100) e **Ensino: processo da doença** (5602) estão diretamente relacionados à característica definidora “*fadiga*”, com os seus fatores relacionados e também com fatores de risco, como “*redução da energia*” e “*exaustão*”. Este resultado e a intervenção estão ligados às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES.

A fadiga é uma evidência importante no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem SFI, e é considerada um fenômeno autorreferenciado. Sua definição é complexa e subjetiva e sua intensidade nem sempre está associada à gravidade das doenças coexistentes. É, contudo, reconhecida como um sintoma que tem impacto substancial em muitos aspectos da vida dos idosos, bem como é um preditor de resultados adversos. Sua patogênese é multifatorial e inclui disfunções neurológicas e desequilíbrios hormonais, além de distúrbios psicológicos, comportamentais, do sono e alimentares, os quais contribuem para a SFI (KLUGER; KRUPP; ENOKA, 2013; VEAUTHIER et al., 2016; RUDROFF; KINDRED; KETELHUT, 2016). Além disso, a dor provocada por doenças crônicas também podem aumentar a fadiga em idosos bem como as atividades físicas inadequadas e não orientadas (MURPHY et al., 2013).

Sabe-se que a melhora na socialização do idoso, tornando-o mais ativo na sociedade, e também fisicamente, pode interferir positivamente nos sintomas depressivos e no relato de fadiga. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) ressalta como uma de suas diretrizes, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, possibilitando a manutenção da capacidade funcional e autonomia. As ações propostas incluem a facilitação da participação, pelos idosos, de grupos de lazer e terceira idade, implantação de avaliações individuais e coletivas que possibilitem determinar o risco funcional dos idosos (PEREIRA et al., 2016; BRASIL, 2006).

O resultado **Autocuidado: atividades da vida diária** (0300) e a intervenção **Assistência ao autocuidado** (1800) estão relacionados à avaliação das características definidoras de déficit no autocuidado para alimentação, para banho, para higiene íntima e para se vestir. Este resultado e a intervenção estão ligados às dimensões fisiológica, psicológica e social do MMES.

Tais características definidoras são corroboradas pela literatura com o surgimento de certas dificuldades nas atividades da vida diária dos idosos, e que a qualidade de vida piora

com a velhice devido a doenças e/ou estilo de vida pouco saudável. Os idosos, portanto, precisam da ajuda de outros na execução dessas atividades, a fim de prevenir complicações relacionadas à dimensão fisiológica da SIF (GOBBENS; KRANS; VAN ASSEN, 2015; ARSLANTAS et al., 2009; ARGENTA; ZANATTA; LUCENA, 2016).

As atividades de vida diária estão ligadas à funcionalidade do idoso e podem ser consideradas tanto determinantes como resultantes das condições de sua saúde. A capacidade funcional é definida como qualquer dificuldade para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal aos seres humanos (CASTRO et al., 2016).

A incapacidade funcional para atividades da vida diária pode estar associada ao déficit cognitivo, cujo fato pode ser explicado pelas características do processo de envelhecimento mal sucedido, como a alteração da atenção e da memória, que levam o idoso a não conseguir realizar as suas atividades (MANRIQUE-ESPINOZA et al., 2013).

Mediante avaliação criteriosa, o enfermeiro pode diagnosticar um déficit no autocuidado devido à diminuição nas habilidades ou ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados destinados ao idoso e, ao evidenciar alguma dificuldade ou deficiência, deve propor atividades em termos de desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos. O desenvolvimento da consulta de enfermagem objetiva alcançar metas específicas de diagnósticos de enfermagem a fim de orientar, apoiar e ampliar a capacidade do idoso à participação no autocuidado, diminuir impactos negativos de alterações do envelhecimento, desenvolver ações de promoção/prevenção no âmbito educativo, minimizar o sofrimento e a sobrecarga familiar no processo de cuidado (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

6.2 A aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso validado é capaz de demonstrar as respostas humanas às condições de saúde/ processos de vida do idoso, bem como os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem para os diagnósticos RSIF e SIF?

A aplicabilidade do modelo validado revelou as respostas dos idosos às intervenções de enfermagem. Para ilustrar, estabeleceu-se uma relação entre os indicadores dos resultados de enfermagem que tiveram melhora na média dos escores da NOC com as atividades das intervenções de enfermagem NIC que tiveram efetividade significativa na sua utilização.

Com relação ao resultado **Cognição** (0900), o indicador que obteve melhora estatisticamente significativa em idosos com RSIF foi a “*concentração*”, todavia, as atividades da intervenção **Estimulação cognitiva** (4720) não apresentaram efetividade estatisticamente significativa.

A cognição é um dos elementos que compõe a dimensão psicológica do MMAS e, na aplicabilidade do modelo deste estudo, no que condiz a anamnese e exame físico, a cognição foi avaliada a partir do emprego do MEEM resultando em padrão de normalidade em todos idosos com RSIF ou SIF, considerando a escolaridade que influencia a performance no MEEM.

O MEEM é um dos instrumentos mais utilizado no rastreamento do comprometimento cognitivo e é composto por questões que se correlacionam em cinco dimensões, quais sejam: concentração, linguagem/práxis, orientação, memória e atenção, com um escore máximo de 30 pontos. Na prática clínica, o ponto de corte 23/24 é mais comumente empregado, apresentando alta sensibilidade e especificidade para a detecção de comprometimento cognitivo e demência (FECHINE et al., 2013).

Dentre as dimensões do MEES, se destaca a concentração que é um elemento importante na avaliação cognitiva do idoso e, é também denominada de exatidão atencional (FECHINE et al., 2013).

Observou-se no presente estudo, que a melhora na concentração dos idosos se deu pelo estímulo e desenvolvimento de atividades físicas regulares que exigem do idoso, atenção e aprendizagem da prática a ser seguida. A execução das atividades, a partir das orientações do professor, foi imprescindível para a avaliação positiva do indicador “*concentração*”.

Corroborando com a afirmação supracitada, se destaca resultados de um estudo comparativo, realizado para avaliar se a atividade física diária influencia na concentração de idosos. Os autores concluíram que a prática diária de exercícios físicos e seu constante processamento de informações sobre o treino a ser seguido, são indicativos de redução gradual dos efeitos do envelhecimento físico, bem como de diminuição das dificuldades na atenção e concentração do idoso (FECHINE et al., 2013).

A intervenção cognitiva que inclui abordagens do treino cognitivo, reabilitação e estimulação, tem sido uma aposta no trabalho com pessoas idosas saudáveis e também no tratamento de pessoas com demência. Este tipo de intervenção centra-se no trabalho de diferentes áreas cognitivas, não só as que já se encontram deterioradas e em declínio, mas também as que estão preservadas ou relativamente preservadas, por intermédio de atividades que incluem as funções de atenção, memória, concentração, linguagem, instrumentais (leitura,

escrita e cálculo), raciocínio abstrato, funções visioespaciais, entre outras (FONSECA et al., 2016).

Apesar do resultado **Cognição** ter sido estatisticamente significativo, em especial o seu indicador “*concentração*”, infere-se que para se observar resultados mais detalhados de intervenção de estimulação cognitiva em idosos seria necessário o seu acompanhamento durante maior tempo do que o proposto por esta pesquisa. Exemplo disso é um estudo com duração de um ano que objetivou examinar os benefícios de um programa de estimulação cognitiva na redução do isolamento, comportamentos de afastamento e irritabilidade e na melhoria da capacidade cognitiva e estado emocional. Os idosos foram avaliados antes e depois da intervenção e apresentaram resultados positivos (FONSECA et al., 2016).

Os escores do resultado **Estado nutricional** (1004) e dos indicadores “*ingestão de nutrientes*” e “*ingestão de líquidos*” por idosos com RSIF tiveram melhora estatisticamente significativa, mesmo sem apresentar a efetividade significativa na utilização das atividades de **Aconselhamento nutricional** (5246).

A nutrição desempenha importante papel na saúde e habilidade funcional do idoso, motivo pelo qual o estado nutricional exerce grande impacto sobre o bem-estar físico e psicológico em indivíduos com idade mais avançada (VENTURINI et al., 2015).

O déficit de nutrientes é mais facilmente encontrado em idosos do que em adultos jovens, expondo o idoso a um maior risco de desenvolver doenças carenciais (hipovitaminoses e avitaminoses). A baixa ingestão de nutrientes na alimentação diária é consequência de desordens somáticas, psíquicas e sociais, sendo que as principais causas decorrem de problemas de mastigação e deglutição, insuficiência cardíaca, depressão, isolamento social e solidão (FISBERG et al., 2013; MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013). Estas causas precisam ser observadas com frequência pelos profissionais e cuidadores de idosos a fim de evitar a desnutrição no idoso, importante fator de risco para a SIF. Na presente pesquisa os idosos foram questionados acerca da dificuldade de deglutição e presença de engasgos e apenas um idoso com RSIF e um com SIF referiram apresentar engasgos ao se alimentar.

Além disso, é preciso levar em consideração as preferências alimentares dos idosos que estão relacionadas a vários aspectos socioculturais e psicológicos, incluindo acesso ao alimento, condições socioeconômicas, hábitos adquiridos ao longo da vida, tempo destinado à alimentação, aspectos sensoriais e patológicos (SANTOS et al., 2017).

O aconselhamento/educação nutricional tem por finalidade modificar hábitos alimentares prejudiciais à saúde por meio de um processo ativo e geralmente demorado,

visando à prática alimentar saudável que envolve mudanças no modo de pensar e de agir, reforçando atitudes e práticas conducentes à saúde. É comum idosos possuírem dificuldades no entendimento teórico e na memorização, sendo necessário usar linguagem acessível, criar estratégias lúdicas e pedagógicas para melhorar a compreensão, enfatizando a responsabilidade e autonomia, além de estimular a consciência e responsabilidade na escolha alimentar (VALETIM, 2012; SANTOS et al., 2017).

Determinar bons hábitos de consumo alimentar e ajudar o idoso a estabelecer metas realísticas para perda ou ganho de peso, é um processo que geralmente exige do idoso, bastante persistência e, do enfermeiro, acompanhamento frequente e apoio contínuo. Esta questão foi evidenciada no decorrer da pesquisa sendo que o incentivo do enfermeiro foi fundamental para se chegar aos resultados encontrados.

O resultado **Autocontrole da doença crônica** (3102) em idosos com ambos os diagnósticos de enfermagem teve melhora estatisticamente significativa nos escores das médias dos indicadores “*segue a dieta recomendada*”, “*participa de exercícios recomendados*” e “*mantém consulta com profissional de saúde*”, enquanto o indicador “*segue o tratamento recomendado*” é significativo apenas para idosos com RSIF.

Para o diagnóstico de enfermagem RSIF o resultado **Conhecimento: controle da doença crônica** (1847) teve melhora estatisticamente significativa na média dos escores, assim como o indicador “dieta prescrita” e, os idosos com SIF, tiveram melhora estatisticamente significativa na média do escore do resultado e dos indicadores “*sinais e sintomas da doença crônica*”, “*sinais e sintomas das complicações*”, “*uso correto do medicamento prescrito*” e “*dieta prescrita*”.

Os dois resultados foram sensíveis à intervenção **Ensino sobre o processo da doença** (5602) e a atividade “*explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia*” teve efetividade significativa na sua utilização durante o seguimento.

As doenças crônicas, como condição associada para ambos os diagnósticos, possuem forte associação com um conjunto de fatores de risco, em que se destacam tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e hortaliças e sedentarismo. Além dos fatores de risco é importante salientar que os determinantes sociais, como as condições de moradia e de trabalho, a disponibilidade e o acesso a alimentos e serviços de saúde e educação, predisõem ao desenvolvimento de inúmeras doenças, entre elas as DCNT (SILVA et al., 2014). Dentre elas, a hipertensão arterial foi a doença crônica prevalente entre os idosos participantes desta pesquisa, no entanto, a variável “cinco ou mais doenças” é evidenciada apenas em idosos com RSIF.

Quando o idoso possui uma ou mais doenças crônicas e não conhece a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico, aumentam os riscos de descontrole dos sinais e sintomas, bem como dos marcadores bioquímicos (MACHADO et al., 2017) que podem influenciar o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem RSIF ou SIF.

Sabe-se, todavia, que a informação por si só não modifica a maneira de se cuidar em saúde, sendo que muitos sujeitos assumem riscos, mais ou menos conscientes, que resultam em dificuldades de adesão a modos de vida saudáveis. Por isso, faz-se necessário que os programas de ensino da área da saúde incorporem a promoção da saúde, abandonando um discurso idealista ou prescritivo para assumir outro que agregue as interações, com capacidade de escuta para compreender as reais necessidades dos sujeitos, interferindo positivamente em uma nova construção de modos de cuidado (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

As atividades de ensino em saúde ofertadas pelos enfermeiros se baseiam prioritariamente na realização de orientações durante a consulta de Enfermagem, em que abordam diversos temas acerca da doença e do seu tratamento, o que contribui para a adoção de comportamentos voltados para o autocuidado. Quanto maior o conhecimento sobre a sua condição de saúde, maior será a capacidade de o idoso realizar ações que promovam a sua qualidade de vida. O fornecimento de orientações, juntamente com o apoio efetivo dos profissionais de Enfermagem, são fatores imprescindíveis para fornecer ao idoso conhecimentos, habilidades, atitudes e motivação para o autocuidado e autocontrole da doença (OLIVEIRA et al., 2016; MARTIN et al., 2012).

Ressalta-se, ainda, que por intermédio das atividades educativas o enfermeiro exerce o cuidado voltado às especificidades que propiciam a prevenção de complicações. Tais atividades são instrumentos fundamentais para motivar os idosos a terem atitudes e comportamentos positivos em relação a sua saúde e a serem protagonistas do seu cuidado (OLIVEIRA et al., 2016).

Durante a realização deste estudo, observou-se a importância do “empoderamento” do idoso com relação ao conhecimento de sua(s) doença(s), fato evidenciado com base no interesse que demonstravam em aprender e na autocobrança para cumprir as mudanças de hábitos acordadas em cada consulta.

Para os diagnósticos de enfermagem RSIF, o resultado **Conhecimento: controle da dor** (1843) e os indicadores “*sinais e sintomas da dor*”, “*estratégias para prevenção e controle da dor*”, e “*uso correto do medicamento prescrito*” apresentaram melhora estatisticamente significativa da média dos escores. Para este resultado foi utilizada a intervenção **Ensino: processo da doença** (5602) e a atividade “*explicar a fisiopatologia da*

doença e como ela se relaciona com a anatomia e fisiologia”, teve efetividade significativa na sua utilização no decorrer das consultas, devido à melhora do entendimento dos pacientes, conforme apontado pelos indicadores aplicados.

Estima-se que a dor crônica acometa cerca de 50% da população idosa não institucionalizada, originando um impacto negativo na sua qualidade de vida, comprometendo a capacidade funcional, a mobilidade física, a interação social e emocional. Acarreta, também, redução na adesão ao tratamento efetivo de controle da dor (CLARKE et al., 2014). O relato de dor foi observado entre os sujeitos deste estudo e a maioria, referiu ter histórico de dor e, alguns idosos, referiram dor no momento da consulta.

Estudo que objetivou compreender a vivência de idosos com dor crônica concluiu que eles têm conhecimento da causa de sua dor e que diante da cronicidade do quadro algico podem manifestar resultados negativos, especialmente sentimentos depressivos que levam ao abandono da busca por terapêuticas. Os autores recomendam que a equipe multiprofissional, especialmente a Enfermagem, realize avaliações periódicas do controle e manutenção das terapêuticas dos idosos (OLIVEIRA et al., 2017).

O idoso que conhece os sinais e sintomas de sua doença, de modo especial a dor, costuma aderir melhor ao tratamento, fazendo uso correto da medicação, cumprindo a dieta e fazendo mudanças no seu estilo de vida, o que é mais positivo quando coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde. Por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de programas multidisciplinares de gestão e controle da dor crônica, incluindo orientação aos profissionais de saúde para atuarem na prevenção à dor crônica e programas de atividade física voltados especificamente ao idoso, com o objetivo de evitar que a dor crônica se configure fator responsável pelo comprometimento da qualidade de vida dos idosos (DIAS et al., 2011).

O presente estudo demonstrou que quanto mais orientado o idoso estiver com relação a sua doença, melhor se estabelece o controle da dor, seja com estratégias não farmacológicas que previnam ou aliviem, ou com a utilização correta dos analgésicos prescritos.

Para ambos os diagnósticos de enfermagem o resultado **Participação em programa de exercício físico** (1633) teve melhora estatisticamente significativa na média dos escores, assim como os indicadores *“planeja exercício apropriado com profissional da saúde antes de iniciá-lo”*, *“adapta sua rotina para incluir o exercício”* e *“adere a programa de exercício”*. Da mesma forma, a intervenção **Promoção do exercício** (0200) e suas atividades *“incluir a família, cuidadores no planejamento e a manter o programa de exercícios”*, *“orientar o idoso quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o*

médico” e *“auxiliar o idoso a organizar períodos regulares para o programa de exercício”* tiveram efetividade significativa na sua utilização.

A prática de atividade física regular, associada a uma alimentação saudável, ajuda na prevenção e no controle de doenças específicas do envelhecimento, como as doenças coronarianas, articulares, hipertensão arterial, osteoporose e obesidade. A participação dos idosos em programas de exercício físico é de extrema importância para a saúde física e mental, podendo desempenhar função de melhoria na sua qualidade de vida por promover interação com outras pessoas (FERRETTI et al., 2015).

As atividades físicas regulares promovem a melhoria da força, da massa muscular e a flexibilidade das articulações. Atuam, também, como forma de prevenção às doenças neurológicas e ao sedentarismo, colaborando significativamente para a manutenção das capacidades físicas do idoso (FERREIRA; PIRES, 2015), diminuindo a probabilidade do desenvolvimento de SIF.

Por outro lado, os efeitos associados à falta de atividades físicas levam o idoso a uma condição de degeneração progressiva de suas capacidades físicas, causando diminuição no rendimento físico, nas habilidades motoras, na concentração, nas capacidades de coordenação e reação (VIANA; ANTONIASSI JÚNIOR, 2017).

Para que um exercício físico seja eficaz, contudo, é necessário que haja acompanhamento da equipe multiprofissional, adequação do tipo e da execução da atividade física, de modo que ela seja realizada da forma correta, organizando a vida do idoso para o cumprimento da quantidade de atividade semanal recomendada, bem como para o apoio da família, quando necessário (VIANA; ANTONIASSI JÚNIOR, 2017).

O enfermeiro pode ser um coadjuvante para o êxito dessa organização, buscando orientar o idoso para as mudanças necessárias na rotina e encaixe do exercício físico na mesma. No presente estudo as orientações de enfermagem foram imprescindíveis para o idoso, tanto na definição do tipo de atividade física, em parceria com o geriatra, como no acompanhamento e incentivo da continuidade da mesma.

O resultado **Conhecimento: prevenção de quedas** (1828) apresentou melhora estatisticamente significativa na média de seu escore e também no escore dos indicadores *“uso correto de iluminação do ambiente”*, *“uso seguro de banquinhos e escadas”* e *“uso de pequenos tapetes de borracha”* em idosos com RSIF; e *“uso correto de dispositivos assistenciais”*, *“uso correto de iluminação do ambiente”*, *“medicamentos prescritos que aumentam o risco de quedas”*, *“uso seguro de banquinhos e escadas”* e *“uso de pequenos tapetes de borracha”* em idosos com SIF. A intervenção utilizada foi **Prevenção contra**

quedas (6490), sendo que para RSIF a atividade “*orientar o idoso a manter uma iluminação adequada no domicílio para aumentar a visibilidade*” teve efetividade significativa da sua utilização.

Para a prevenção das quedas é fundamental oferecer aos idosos o conhecimento suficiente para que eles tenham um ambiente seguro para a realização de suas atividades cotidianas. É tarefa do enfermeiro e da equipe de saúde promover a prevenção de quedas a partir de ações que proporcionem o autocuidado. Nesse processo, é importante que o enfermeiro desenvolva uma parceria com a família, incentivando o autocuidado e adequando os seus conhecimentos à realidade do idoso (DIAS et al., 2015; PEREIRA, 2012).

No processo educativo/preventivo de quedas é preciso compreender que o risco ambiental (causas extrínsecas – superfícies irregulares, molhadas/escorregadias, objetos/tapetes soltos e desníveis no chão/problemas com degraus) isolado parece não ser suficiente para causar uma queda, mas sim a interação entre as habilidades dos idosos e o grau de exposição ao fator de risco ambiental. As circunstâncias também podem ser de ordem intrínseca (alteração da marcha e estabilidade, neuropatia periférica, depressão, debilidade muscular, deterioração cognitiva, alteração na realização das atividades de vida diárias devido ao sedentarismo e modificação da visão e audição), farmacológica ou social (CAMPOS et al., 2017).

É possível afirmar, então, que idosos com capacidade funcional preservada se exponham a ambientes de alto risco para quedas, enquanto idosos frágeis sejam capazes de lidar apenas com ambientes de baixa demanda, o que explicaria parte das diferenças entre os idosos que caem dentro e fora de casa (OLIVEIRA et al., 2014).

As ações educativas para a prevenção de quedas devem ser constantes, enfocando a promoção e o desenvolvimento integral com base nas circunstâncias e problemas, visando a identificação precoce de alterações patológicas, discutindo com o idoso sobre os fatores de risco e intervindo, quando necessário (MARQUES; OTONI; FAUSTO, 2017).

Ficou evidente, entre os sujeitos deste estudo, que a maioria possui medo de cair e sofrer alguma fratura, por isso as orientações ofertadas e reforçadas a cada consulta, foram ouvidas e consideradas por eles, sendo que buscavam esclarecer dúvidas e solicitavam ideias para adaptação do domicílio em que havia risco para quedas.

Os escores do resultado **Conhecimento: controle do peso** (1841) e dos indicadores “*faixa pessoal ideal de peso*”, “*índice de massa corporal ideal*” e “*benefícios do exercício regular*”, tiveram melhora estatisticamente significativa para os dois diagnósticos, mesmo

sem apresentar a efetividade significativa na utilização das atividades *de Aconselhamento nutricional* (5246).

O aconselhamento nutricional auxilia no controle das DCNT, visto que o idoso, quando bem informado, tem melhores condições de conhecer a sua patologia, bem como os cuidados necessários para o seu controle e garantia de um estado nutricional adequado. Destaca-se, portanto, a necessidade de implantar ações que auxiliem na modificação dos hábitos alimentares dos idosos, bem como incentive a participação ativa dos profissionais da saúde no auxílio do planejamento de ações, de forma individual ou em grupo, a fim de combater o inadequado consumo alimentar, promovendo educação nutricional que enfatize a importância do equilíbrio por meio de um acompanhamento interdisciplinar (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018).

A elevada prevalência de doenças crônicas em idosos pode requerer aconselhamento nutricional por parte dos profissionais, sendo relevante examinar a sua associação com a polifarmácia, a exemplo de um estudo que visou investigar a associação de marcadores nutricionais e a presença de doenças crônicas com polifarmácia em idosos da comunidade. Embora o tratamento farmacológico seja importante para o controle das doenças crônicas, o tratamento não farmacológico, como mudanças no estilo de vida e controle do peso, é fundamental no tratamento de idosos. Nesse mesmo estudo observou-se que à medida que aumenta o IMC, aumenta também a prevalência da polifarmácia, mas com controvérsias, pois em alguns estudos essa prevalência está associada à perda de peso e, em outros, à obesidade (SILVEIRA; DALASTRA; PAGOTTO, 2014).

A má nutrição é considerada qualquer alteração no estado nutricional normal, podendo ocorrer devido à subnutrição, em que há deficiência de macronutrientes, vitaminas e minerais ou devido à supernutrição, que leva à obesidade (VENTURINI et al., 2015).

Estudo realizado com idosas que frequentam um programa de atividade física indica a associação existente entre IMC alto e aptidão funcional. As idosas obesas apresentaram baixa aptidão nos testes: andar seis minutos, sentar e levantar, sentar e alcançar, alcançar atrás das costas, sentado e caminhar. Já as idosas classificadas como eutróficas apresentaram níveis dentro da normalidade (VAGETTI et al., 2017).

Na presente pesquisa, a redução do peso se caracterizou como um desafio para muitos idosos, sendo necessário muito esclarecimento com relação aos hábitos alimentares, ganho de massa magra (com a inserção da atividade física), tempo recomendado para perda considerável do peso. Observou-se também que o agendamento da consulta com a enfermeira se caracterizou como um incentivo para as mudanças na alimentação ocorrerem.

O resultado **Estado de conforto** (2008) em idosos com RSIF apresentou melhora estatisticamente significativa na média dos escores, assim como dos indicadores “*bem-estar físico*”, “*bem-estar psicológico*”, “*apoio social dos amigos*”. Em idosos com SIF apresentou o resultado e os indicadores “*bem-estar psicológico*” e “*relações sociais*”. Não houve efetividade significativa na utilização das atividades da intervenção **Melhora da socialização** (5100).

O bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em idades avançadas, se caracterizam como um alicerce para o reconhecimento do termo *velhice bem sucedida*. Dentre os seus vários conceitos associados destacam-se os vinculados ao bem-estar psicológico (saúde mental positiva que inclui autoaceitação, domínio sobre o ambiente, relações positivas com os outros, propósito, crescimento pessoal e autonomia) e ao bem-estar subjetivo (satisfação geral com a vida e com domínios específicos do funcionamento, tais como a saúde e as relações sociais, atividade, integração social, senso de controle e senso de significado da existência) (CACHIONI et al., 2017).

Na velhice pode ocorrer diminuição das interações sociais, situação que leva os idosos a solidificarem as suas relações familiares, tornando-as mais significativas. Por isso, estar por perto da família nesse momento pode ser fundamental para o idoso enfrentar as mudanças que acometem o seu estado de saúde físico, emocional e cognitivo (RIGO; TEIXEIRA, 2015).

O apoio de familiares interfere positivamente nos níveis de estresse dos idosos e oferece suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Pessoas que não têm esse tipo de suporte tendem a ter maiores dificuldades para lidar com o estresse. Normalmente, a ausência de parentes, especificamente os mais próximos, tais como o cônjuge ou os filhos, está associada a doenças e à mortalidade entre as pessoas idosas (PINTO; BARHAM, 2014).

Destaca-se, ainda, que a participação dos idosos em programas de exercícios físicos promove benefícios psicológicos/sociais e biológicos. Dentre eles destaca-se a melhora na saúde geral, na autoeficácia física, na diminuição da solidão e no estabelecimento de novos vínculos e amizades (RIGO; TEIXEIRA, 2015), fato esse, registrado entre os sujeitos deste estudo, inclusive nos primeiros 15 dias de seguimento.

O resultado **Conhecimento: medicamento** (1808) em idosos com RSIF apresentou melhora estatisticamente significativa na média dos escores do resultado, mas não dos indicadores. Não houve, também, efetividade significativa na utilização das atividades da intervenção **Controle de medicamentos** (2380).

O consumo de cinco ou mais medicamentos de forma concomitante (polifarmácia) constitui-se numa prática frequente entre os idosos, cuja prevalência em estudos brasileiros varia de 5% a 27%. Entre os fatores associados a essa prática destacam-se: sexo feminino, idade ≥ 80 anos, autoavaliação de saúde regular, doenças crônicas e número de consultas médicas no último ano. Entre esses fatores que contribuem para a polifarmácia, as doenças crônicas são as que apresentam maior relevância e associação (SILVEIRA; DALASTRA; PAGOTTO, 2014).

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos idosos diante da polifarmácia é a adequada adesão ao tratamento, entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a recomendação do profissional de saúde perante o regime terapêutico, a fim de que este e os hábitos de vida do indivíduo não conflitem entre si (OLIVEIRA-FILHO et al., 2014).

Os principais fatores que influenciam na adesão ao tratamento são a clareza das recomendações, a exequibilidade, o desejo e a capacidade de o idoso cumprir as recomendações propostas, e a sua satisfação com o serviço de saúde, o número de medicamentos a longo prazo, o custo e o acesso a eles. Há, também, outros fatores que apresentam forte relação com a não adesão, como o avanço da idade, em que pode ocorrer aumento de morbidades que requerem um conjunto de habilidades complexas, tais como leitura de bulas e instruções das medicações, compreensão da linguagem proposta, cumprimento do esquema posológico e sua incorporação às atividades diárias, planejamento do acesso a medicamentos e o manejo em situações de esquecimento de doses. O déficit cognitivo é outro fator de risco relevante e associado à não adesão ao tratamento (AIOLFI et al., 2015).

Levando em consideração que, dos 28 idosos, sujeitos do estudo, 27 referiram utilizar medicamentos, ressalta-se que este resultado e a respectiva intervenção foram utilizados em poucos idosos nas duas condições clínicas (RSIF e SIF) e, esta constatação, se justifica pelo fato de os idosos demonstrarem conhecer o(s) medicamento(s) que utilizam quando descreviam o nome, quantidade e função de cada medicamento em uso.

O indicador do resultado **Autocuidado: atividades da vida diária** (0300), “*higiene íntima*” teve melhora estatisticamente significativa na média do escore em idosos com SIF. A intervenção **Assistência ao autocuidado** (1800), todavia, não apresentou efetividade significativa na utilização das atividades. O déficit no autocuidado foi identificado em dois dos cinco idosos com diagnóstico de enfermagem SIF sendo que, ambos eram do sexo

masculino e residiam sozinhos. Observa-se que as dificuldades com as atividades de vida diária estavam mais relacionadas com aspectos sociais e culturais do que fisiológicas.

O déficit do autocuidado tem influência de fatores econômicos, sociais, emocionais e culturais, educacionais, idade, estado de saúde e motivação para o autocuidado, de maneira a tornar o indivíduo capaz de realizar cuidados contínuos (BRAGA; SILVA, 2017).

Para prestar assistência ao autocuidado é de fundamental importância que os profissionais tenham conhecimento do grau de dependência dos idosos (quando tiverem) a serem cuidados, a fim de elaborarem um plano assistencial individualizado que possibilite manter este idoso o mais ativo possível, desenvolvendo atividades específicas aos diferentes processos de envelhecer (MUNIZ et al., 2016).

A assistência ao autocuidado realizada pelo enfermeiro pode ter como ponto de partida a consulta de enfermagem ambulatorial pautada pelo acolhimento e vínculo. Dessa forma, contribui-se para que o idoso desenvolva e mantenha a autonomia e inclua novas práticas no seu processo cotidiano de cuidado, de modo que o grau de dependência, quando presente, possa ser reduzido. Busca-se, portanto, avaliar, preservar e ampliar a capacidade de autocuidado (SANTOS et al., 2012).

O desenvolvimento das ações de autocuidado deve ser estimulado para que haja promoção da saúde e autoestima do idoso, corroborando com sua independência e autonomia, uma vez que o idoso deve ser coadjuvante no processo de promoção de sua saúde e bem-estar de sua vida (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

7 CONCLUSÕES

Este estudo validou informações da anamnese e exame físico distribuídos nas dimensões fisiológica, psicológica e social além de, 13 diferentes resultados de enfermagem da NOC e oito diferentes intervenções de enfermagem da NIC para os diagnósticos de enfermagem Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) e Síndrome do Idoso Frágil (SIF), de acordo com a experiência clínica de 15 enfermeiros da Gerontologia.

A validação do conteúdo por especialistas contribuiu significativamente para adequar e estruturar o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC. Os dados da anamnese e exame físico validados, foram considerados satisfatórios para a identificação de 23 idosos com diagnóstico de enfermagem RSIF e de cinco com SIF. A aplicabilidade dos resultados e intervenções evidenciou que as sete intervenções de enfermagem implementadas aos idosos, com diagnóstico de enfermagem RSIF, foram consideradas efetivas, tendo como base a avaliação de nove resultados que apontaram melhora estatisticamente significativa na comparação entre as médias da primeira e quarta consulta. Da mesma forma, em idosos com diagnóstico de enfermagem SIF, em que foram implementadas oito intervenções de enfermagem, sete foram consideradas efetivas, tendo como base a avaliação de 11 resultados.

Um modelo multidimensional bem estruturado associado aos SLP, portanto, confirmou a tese deste estudo, pois demonstrou as respostas humanas quando acompanhadas, tendo em vista a avaliação dos resultados, que demonstraram a efetividade das intervenções e o envelhecimento bem sucedido. Além disso, foi possível avaliar a aplicabilidade do processo de enfermagem e dos SLP NANDA-I, NIC e NOC na prática clínica, demonstrando a eficiência das intervenções para os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, avaliados por resultados que se mostraram positivos.

A consulta de enfermagem se mostrou satisfatória, pois favoreceu o vínculo com os idosos e garantiu o acompanhamento necessário para se observar resultados sensíveis às intervenções de enfermagem bem como o envelhecimento bem sucedido. A utilização de um modelo bem estruturado, facilita, organiza e norteia o enfermeiro na condução da consulta, assim como, as informações de caráter multidimensional, contribuem para a ampliação das intervenções tornando a atuação do enfermeiro mais eficiente.

Os resultados desta pesquisa corroboram a necessidade de a equipe de profissionais da saúde implementar intervenções e melhorar os resultados nas áreas de saúde funcional e fisiológica, saúde psicológica, conhecimento, cuidado comportamental e de segurança para

idosos. O uso de classificações de enfermagem como NANDA-I, NIC e NOC facilita e organiza os cuidados de enfermagem, permitindo a prática baseada em evidências.

Como implicação dos resultados desta pesquisa destaca-se a possibilidade de apoiar a ligação entre resultados e intervenções validados com os diagnósticos de enfermagem RSIF e SIF, facilitando a avaliação e o cuidado de enfermagem ao idoso na prática clínica. Considera-se necessária, todavia, a continuidade do acompanhamento desses idosos em busca de resultados a longo prazo.

Além disso, recomenda-se a construção de definições operacionais para os indicadores dos resultados de enfermagem. Uma limitação do estudo foi o fato de realizarmos a pesquisa com especialistas do mesmo país.

REFERÊNCIAS

- ABDULLA, A.; ADAMS, N.; BONE, M.; ELLIOTT, A.M.; GAFFIN, J.; JONES, D. Guidance on the management of pain in older people. **Age Ageing**, 2013, v. 42, Suppl 1, i1.
- AIOLFI, C.R.; ALVARENGA, M.R.M.; MOURA, C.S.; RENOVATO, R.D. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2015, v. 18, n° 2, pp. 397-404.
- ALBERT, M.S.; DEKOSKY, S.T.; DICKSON, D.; DUBOIS, B.; FELDMAN, H.H.; FOX, N.C. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimers Dement**, 2011, v. 7, n° 3, pp. 1-10.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, M.A., LUCENA, A.F., FRANZEN, E., LAURENT MC, et al. **Processo de Enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- ANDRADE, N.A., NASCIMENTO, M.M.P., OLIVEIRA, M.M.D., QUEIROGA, R.M., FONSECA, F.L.A., LACERDA, S.N.B., ADAMI, F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2014, v. 17, n° 1, pp. 39-48.
- ARAÚJO, F.; PAIS-RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 2007, v. 25, n° 2, pp. 59-66.
- ARGENTA, C.; ZANATTA, E.A.; LUCENA, A.F. Conservative treatment of elderly person with proximal femoral fracture in a phenomenological perspective of nursing care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2016, v. 20, n° 1, pp. 192-197.
- ARRUDA, C. **Modelo de cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.
- ARSLANTAS, D.; ÜNSA, A.; METINTA, S.; KOC, F.; ARSLANTAS, A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2009, v. 48, n° 2, pp. 127-131.
- AZZOLIN, K.O.; LEMOS, D.M.; LUCENA, A.F.; RABELO-SILVA, E.R. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Jan.-Feb. 2015, v. 23, n° 1, pp. 44-50.
- AZZOLIN, K.O.; MUSSI, C.M.; RUSCHEL, K.B.; SOUZA, E.M.; LUCENA, A.F.; RABELO, E.R.S. Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC and NOC. **Applied Nurs Res.**, 2013, v. 26, n° 4, pp. 239-244.

AZZOLIN, K.O.; SOUZA, E.N.; RUSCEL, K.B.; MUSSI, C.M.; LUCENA, A.F.; RABELO, E.R. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2012, v. 33, n° 4, pp. 56-63.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.B.; BALTES, M.M. (Eds.). **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. United Kingdom: Cambridge University, 1990, pp. 1-34.

BARRAGAN, M.S.; ABREU, M.A.; PANATO, B.P.; OLIVEIRA, A.O.S.; PALMA, M.S.; REISDERFER, L. Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2015, v. 23.

BARRETO, L.N.M.; SWANSON, E.A.; ALMEIDA, M.A. Nursing outcomes for the diagnosis impaired tissue integrity (00044) in adults with pressure ulcer. **Journal of Nursing Knowledge**, 2016, v. 27, n° 2, pp. 57-124.

BENYON, K.; HILL, S.; MALLEEN, C. Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: a longitudinal study. **BMC Fam Pract**, 2013, v. 14, p. 67.

BERLIN, K.; KRUGER, T.; KLENOSKY, D.B. A mixed-methods investigation of successful aging among older women engaged in sports-based versus exercise-based leisure time physical activities. **Journal of Women & Aging**, 2016, v. 30, n° 1, pp. 27-37.

BETTIOL, C.H.O.; DELLAROZA, M.S.G.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, T.A.; SANTOS, H.G. Fatores preditores de dor em idosos do Município de São Paulo, Brasil: estudo SABE 2006 e 2010. **Caderno de Saúde Pública**, 2017, v. 33, n° 9, e00098416.

BEZERRA, T.A.; BRITO, M.A.A.; COSTA, K.N.F.M. Characterization of medication use among elderly people attended at a family health care service. **Cogitare Enfermagem**, 2016, v. 21, n° 1, pp. 1-11.

BITENCOURT, G.R.; ALVES, L.A.F.; SANTANA, R.F.; LOPES, M.V.O. Agreement between experts regarding assessment of postoperative urinary elimination nursing outcomes in elderly patients. **International Journal of Nursing Knowledge**, 2015, v. 27, n° 3, pp. 143-148.

BRAGA, A.O.M.; SILVA, E.A. Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de enfermagem. **Revista Pró-UniverSUS**. 2017; v.08 n°1, pp. 08-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Institui o Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças**

Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União, 16 out 2006b; Seção I. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>

BRETT, L.; TRAYNOR, V.; STAPLEY, P.J. Effects of physical exercise on health and well-being of individuals living with a dementia in nursing homes: a systematic review. **JAMDA**, 2016, v. 17, n° 2, pp. 104-116.

BORGES, L.J.; GUIDARINI, F.C.S.; GERAGE, A. M.; SCHERER, F.C.; MEURER, S.T.; BORGES, R.A.; BENEDETTI, T.R.B. Pedômetros: estratégia de promoção da atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [Internet], 2014; v.17, n°1, pp. 211-213.

BOTH, J.S.; KAUFFMANN, C.; ELY, L.S., DALL'AGNOL, R.; RIGO M.P.M.; TEIXEIRA, M.F.N.; CASTRO, L.C. Cuidado farmacêutico domiciliar ao idoso: análise de perfil e necessidades de promoção e educação em saúde. **Caderno pedagógico**, 2015, v.12, n°3, pp 66-84.

BUCH, A.; CARMELI, E.; SHEFER, G.; KEINAN-BOKER, L.; BERNER, Y.; MARCUS, Y.; GOLDSMITH, R.; STERN, N. Cognitive impairment and the association between frailty and functional deficits are linked to abdominal obesity in the elderly. **Maturitas**, 2018, v. 114, pp. 46-53.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHETERMAN, J.M.; WAGNER, C.W. **Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

BURKMAN, L.F.; SYME, S.L. Social networks, host resistance and mortality: anine-year follow-up study of Alameda County Residents. **Am J Epidemiol.**, 1979, n° 109, pp. 186-204.

BUTCHER, H.K.; BULECHEK G.M.; DOCHETERMAN J.M.; WAGNER, C.W. **Nursing interventions classifications (NIC)**. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2018.

CACHIONI, M.; DELFINO, L.L.; YASSUDA, M.S.; BATISTONI, S.S.T.; MELO, R.C.; DOMINGUES, M.A.R.C. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2017, v. 20, n° 3, pp. 340-352.

CAMARANO, A.A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? In: CAMARANO, A.A. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014, pp. 627-654.

CAMPOS DE CARVALHO, E.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, v. 66, esp., pp. 134-141.

CAMPOS, K.; SANTOS, M.A.; BARROS, N.M.; SIMIONATO, T.M.; BRANDÃO, J.G.P.; RAMOS, A.M.C. Capacitação de idosos na prevenção de quedas domiciliares utilizando tecnologias da informação e comunicação. **Revista de Atenção à Saúde**, 2017, v. 15, n° 51, pp. 84-91.

CARVER, L.F.; BUCHANAN, D. Successful aging: considering non-biomedical constructs. **Clinical interventions in aging**, 2016, v. 11, pp. 1623-1630.

CASTRO, D.C.; NUNES, D.P.; PAGOTTO, V.; PEREIRA, L.V.; BACHION, M.M.; NAKATANI, A.Y.K. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2016, v. 15, n° 1, pp. 109-117.

CAVALCANTE, A.M.; BRUNORI, E.H.; LOPES, C.T.; SILVA, A.B.; HERDMAN, T.H. Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2015, v. 68, n° 1, pp. 155-160.

CHOU, K.L.; CHI, I. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in elderly Chinese. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, 2004, v. 19, pp. 825-832.

CLARKE, A.; MARTIN, D.; JONES, D.; SCHOFIELD, P.; ANTHONY, G.; MCNAMEE, P.; GRAY, D.; SMITH, B.H. "I try and smile, I try and be cheery, I try not to be pushy. I try to say 'I'm here for help' but I leave feeling... worried": a qualitative study of perceptions of interactions with health professionals by community-based older adults with chronic pain. **PlosOne**, 2014, v. 9, n° 9, e105450.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 14 jun. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-429, de 8 de junho de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 16 jun. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 159/93, de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília, 1993. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>. Acesso em: 25 Set. 2018.

COHEN, S.; SYME, S.L. Issues in the application and study of social support. In: COHEN, S.; SYME, S.L. (Eds.). **Social support and health**. Orlando: Academic Press, 1985, pp. 3-22.

CORREA, A.D.; MARQUES, I.A.B.; MARTINEZ, M.C.; LAURINO, P.S.; LEÃO, E.R.; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2012, v.46, n°1.

COSCO, T.D.; PRINA, A.M.; PERALES, J.; BLOSSOM, C.M.; BRAYNE, S.; BRAYNE, C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. **Int. Psychogeriatr.**, 2014, v. 26, n° 3, pp. 373-381.

COUTINHO, T.V.; VIANA, E.S.M.; RODRIGUES, S.; MACEDO S.V.; LOPES, C.T.; FARIA, N.S.F. Educação nutricional para idosos institucionalizados na cidade de Viçosa – MG. **Revista Científica Univiçosa**, 2016, v.8, n°1, pp.319-326.

CUMMING, E.; HENRY, W.E. **Growing old**. New York: Basic Books, 1961.

DAALEMAN, T.P.; FREY, B.B. The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. **Ann Fam. Med.**, 2004, v. 2, pp. 499-503.

DALLA NORA, C.R.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M.M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017;38(3):e64851.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; DUARTE, Y.A.; LEBRÃO, M.L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Caderno de Saúde Pública**, 2013, v. 29, pp. 325-334.

DIAS, A.M.; CUNHA, M.; SANTOS, A.; NEVES, A.; PINTO, A.; SILVA, A.; CASTRO, S. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**, 2011, v. 40, pp. 201-219.

DIAS, K.C.C.O.; LOPES, M.E.L.; FRANÇA, I.S.X.; BATISTA, P.S.S.; BATISTA, J.B.V. SOUSA, F.S. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: Estudo com enfermeiros assistenciais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, 2015, v. 7, n° 1, pp. 1832-1846.

DINGOVÁ, M.; KRÁLOVÁ, E. Fear of falling among community dwelling older adults. **Cent Eur J. Nurs Midw**, 2017, v. 8, n° 1, pp. 580-587.

DOMINGOS, C.S.; MOURA, P.C.; BRAGA, L.M.; RODRIGUES, N.V.; CORREIA, M.D.L.; CARVALHO, A.M.P. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de OREM. **Rev Min Enferm.**, 2015, v. 19, n° 2, pp. 165-175.

DRAGO, S.M.M.S.; MARTINS, R.M.L. A depressão no idoso. **Millenium**, 2012, v. 43, pp. 79-94.

DUCA, F.; HALLAL, C.; PAULO, S. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, 2011, v. 45, n° 1, pp. 113-120.

DUNLOP, D.D.; SONG, J.; ARNTSON, E.K.; SEMANIK, P.A.; LEE, J.; ROWLAND, W.; CHANG, R.W.; HOOTMAN, J.M. Sedentary time in U.S. older adults associated with disability in activities of daily living independent of physical activity. **Journal of Physical Activity and Health**, 2015, v. 12, n° 1, pp. 93-101.

ELLISON, C.W. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. **J. Psychol. Theol.**, 1983, v. 11, pp. 330-340.

- FECHINE, B.; COSTA, A.; VASCONCELOS, O.; BOTELHO, M.; CARVALHO, J. Cognição e atividade física: a relação existente entre atenção e a velocidade perceptiva em idosos praticantes e não praticantes de atividade física. **Inter Science Place**, 2013, ed. 27, v. 1, n° 7.
- FERREIRA, A.M.; ROCHA, E.N.; LOPES, C.T.; BACHION, M.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016, v. 69, n° 2, pp. 285-293.
- FERREIRA, T.K.A.; PIRES, V.A.T.N. Atividade física na velhice: avaliação de um grupo de idosas sobre seus benefícios. **Rev. Enf. Int.**, 2015, v. 8, n° 1, pp. 1303-1313.
- FERRETTI, F.; BESKOW, G.C.T.; SLAVIENO, R.C.; RIBEIRO, C.G. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, 2015, v. 20, n° 3, pp. 729-743.
- FHON, J.R.S.; RODRIGUES, R.A.P.; NEIRA, W.F.; HUAYTA, V.M.R.; ROBAZZI, M.C.C. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2016, v. 50, n° 6, pp. 1005-1013.
- FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; CASTRO, M.A.; VERLY, E.; ARAÚJO, M.C.; BEZERRA, I.N.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, 2013, v. 47, Supl. 1, pp. 222s-230s.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Minimal state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, 1975, v. 12, pp. 189-198.
- FONSECA, J.; LOPES, M.; RAMOS, A. People with pain and intervention needs: systematic literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, v. 66, n. 5, pp. 771-778.
- FONSECA, S.; AMANTE, M.J.; ARAÚJO, L.; MORGADO, M.; NUNES, T. O impacto de um programa de estimulação cognitiva em pessoas idosas a residir na comunidade vs. institucionalizadas. **Actas de Gerontologia**, 2016, v. 2, n° 1.
- FRIED, L.P.; HADLEY, E.C.; WALSTON, J.D. et al. From bedside to bench: research agenda for frailty. **Sci. Aging Knowledge Environ**, 2005, n° 31, p. 24.
- FRIED, L.P.; TANGEN, C.M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A.B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W.J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M.A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontol A Biol Sci. Med. Science**, 2001, v. 56, n° 3, pp. M146-M156.
- FROTA, N.A.F.; NITRINI, R.; DAMASCENO, B.P.; FORLENZA, O.V.; DIAS-TOSTA, E.; SILVA, A.B. Group recommendations in alzheimer's disease and vascular dementia of the brazilian academy of neurology. Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease. **Dement Neuropsychol.**, 2011, v. 5, n° 3, pp. 146-152.
- GALIMBERTI, J.Z.; ALMEIDA, C.M.S.C. Avaliação de um grupo de idosos no bairro do Butantã (SP) no suposto medo de queda. **Revista Kairós Gerontologia**, 2012, v. 15, n° 5, pp. 57-66.

GENCBAS, D.; BEBIS, H.; CICEK, H. Evaluation of the efficiency of the nursing care plan applied using NANDA, NOC and NIC linkages to elderly women with incontinence living in a nursing home: a randomized controlled study. **International Journal of Nursing Knowledge**, 2017, v. 29, n° 1, pp. 1-78.

GIOVINAZZO, R. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Revista de Administração on line** [periódico na internet], 2001, v. 2, n° 2.

GOBBENS, R.J.; KRANS, A.; VAN ASSEN, M.A. Validation of an integral conceptual model of frailty in older residents of assisted living facilities. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2015, v. 61, n° 3, pp. 400-410.

GROVE, S. K.; BURNS, N.; GRAY, J. R. 2013. **Practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence**. 7th. St. Louis: Elsevier/Saunders, 2013.

GUERREIRO, M.; SILVA, A.P.; BOTELHO, M.A. Adaptação à população portuguesa na tradução do “*Mini Mental State Examination*” (MMSE). **Revista Portuguesa de Neurologia**, 1994, v. 1, pp. 9-10.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; PENA, S.B.; LOPES, J.L.; LOPES, C.T.; BARROS, AL.B.L. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria International. **Journal of Nursing Knowledge**, 2016, v. 27, n° 3.

HAMID, E.A.; MOMTAZ, Y.A.; IBRAHIM, R. Predictors and prevalence of successful aging among older malaysians. **Gerontology**, 2012, v. 58, pp. 366-370.

HAVIGHURST, R.J. Successful aging. **The gerontologist**, 1961, v. 1, pp. 8-13.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Orgs.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Eds.). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2018-2020**. 11. ed. New York: Thieme, 2018.

HEUBERGER, R.; WONG, H. The association between depression and widowhood and nutritional status in older adults. **Geriatric Nursing**, 2014, v. 35, n° 6, pp. 428-433.

HICKMAN, L.D.; PHILLIPS, J.L.; NEWTON, P.J.; HALCOMB, E.J.; AL ABED, N.; DAVIDSON, P.M. Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2015, v. 61, n° 3, pp. 322-329.

HOLSTEIN, M.B.; MINKLER, M. Self, society and the “new gerontology”. **Gerontologist**. Dec. 2003, v. 43, n° 6, pp. 787-796.

HOUSE, J.S.; LANDIS, K.R.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, 1988, n° 241, pp. 540-545.

HUGHES, C.P.; BERG, L.; DANZIGER, W.L.; COBEN, L.A.; MARTIN, R.L. A new clinical scale for the staging of dementia. **British Journal of Psychiatry**, 1982, v. 140, pp. 566-572.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016, n° 36, 146 p.

IWAMASA, G.Y.; IWASAKI, M. A new Multidimensional Model of Successful Aging: perceptions of japanese american older adults. **J. Cross Cult. Gerontol.**, 2011, v. 26, pp. 261-278.

JESTE, D.V.; DEPP, C.A.; VAHIA, I.V. Successful cognitive and emotional aging. **World Psychiatry**, 2010, v. 9, n° 2, pp. 78-84.

JOBIM, F.A.R.C.; JOBIM, E.F.C. Atividade física, nutrição e estilo de vida no envelhecimento. **Unopar Cient Ciênc Biol Saúde**, 2015, v. 17, v. 4, pp. 298-308.

JUCHEM, B.C.; ALMEIDA, M.A. Risk for adverse reaction to iodinated contrast media: a validation study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2017, v. 38, n° 2, ed. 68449.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, 1963, v. 185, n° 12, pp. 914-919.

KAYSER, B.; MIOTTO, C.; MOLIN, V.D.; KUMMER, J.; KLEIN, S.R.; WIBELINGER, L.M. Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. **Revista Dor**, 2014, v. 15, pp. 48-50.

KLUGER, B.M.; KRUPP, L.B.; ENOKA, R.M. Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. **Neurology**, 2013, v. 80, n° 4, pp. 409-416.

KOK, A.A.L.; AARTSEN, M.J.; DEEG, D.J.H.; HUISMAN, M. Capturing the diversity of successful aging: an operational definition based on 16-year trajectories of functioning. **The Gerontologist**, 2017, v. 57, n° 2, pp. 240-251.

LACRUZ, M.E.; EMENY, R.T.; BICKEL, H.; CRAMER, B.; KURZ, A.; BIDLINGMAIER, M.; HUBER, D.; KLUG, G.; PETERS, A.; LADWIG, K.H. Mental health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging. **BMC Med Res Methodol.**, 2010, v. 10, n° 36.

LAMOND, A.J.; DEPP, C.A.; ALLISON, M. Measurement and predictors of resilience among community dwelling older women. **J. Psychiatr. Res.**, 2009, v. 43, n° 2, pp. 148-154.

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

LI, W.F.; PAN, M.H.; CHUNG, M.C.; HO, C.K.; CHUANG, H.Y. Lead exposure is associated with decreased serum paraoxonase 1 (PON1) activity and genotype. **Environ Health Perspect.**, 2006, v. 114, pp. 1233-1236.

LINCK, Caroline De Leon. **Diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso”**: análise de conceito. 2015. 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

LINGLER, J.H.; SEREIKA, S.M.; AMSPAUGH, C.M.; ARIDA, J.A.; HAPP, M.E.; HOUZE, M.P.; ERLIN, J.A. An intervention to maximize medication management by caregivers of persons with memory loss: Intervention overview and two-month outcomes. **Geriatric Nursing**, 2016, v. 37, n° 3, pp. 186-191.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, 1994, v. 21, pp.55-67.

LUCENA, A.F.; HOLSBACH, I.; PRUINELLI, L.; CARDOSO, A.S.F.; MELLO, B.S. Brazilian validation of the nursing outcomes for acute pain. **International Journal of Nursing Knowledge**, 2013, v. 24, n° 1, pp. 54-58.

LUCENA, A.F.; MAGRO, C.Z.; PROENÇA, M.C.C.; PIRES, A.U.B.; MORAES, V.M.; ALITI, G.B. Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2017, v. 38, n° 3, ed. 66789.

LUNNEY, M. Importância do uso de um modelo de enfermagem para o raciocínio clínico. Editorial. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, 2011, v. 24, n° 6.

LUNNEY, M.; MCGUIRE, M.; ENDOZO, N.; MCINTOSH-WADDY, D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. **Rehabilitation Nursing**, 2010, v. 35, n° 4, pp. 161-166.

LUZIA, M.F.; ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the nursing interventions classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014, v. 48, n° 4, pp. 632-639.

LUZIA, M.F.; ARGENTA, C.; ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. Conceptual definitions of indicators for the nursing outcome “Knowledge: Fall Prevention”. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], 2018, v. 71, n° 2, pp. 431-439.

MACHADO, W.D.; GOMES, D.F.; FREITAS, C.A.S.L.; BRITO, M.C.C.; MOREIRA, A.C.A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **ReonFacema**, 2017, v. 3, n° 2, pp. 444-451.

MALTA, D.C., OLIVEIRA, T.P., SANTOS, M.A.S., ANDRADE, S.S.C.A., SILVA, M.M.A. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2016, v.25, n°2, pp.373-390.

MALTA, M.B.; PAPINI, S.J.; CORRENTE, J.E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciências da Saúde Coletiva**, 2013, v. 18, n° 2, pp. 377-384.

MANRIQUE-ESPINOZA, B.C.D.; SALINAS-RODRÍGUEZ, A.C.M.; MORENO-TAMAYO, K.M.C.M. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. **Salud Pública Mex.**, 2013, v. 55, Suppl 2, S323-331.

MARQUES, J.M.; OTONI, D.B.; FAUSTO, L.M. Intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos acometidos por doença de parkinson. **REMÁS – Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, 2017, v. 7, n° 2, pp. 60-74.

MARTIN, I.S.; BERALDO, A.A.; PASSERI, S.M.; FREITAS, M.C.F.; PACE, A.E. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enf.**, 2012, v. 25, n° 2.

MARTINSON, M.; BERRIDGE, C. Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. **The Journals of Gerontologist.**, Feb. 2015, v. 55, n° 1, pp. 58-69.

MÁSSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n° 3, pp. 679-688.

MATOS, A.; CARDOSO, R.; COISINHA, S.; SILVEIRA, S.; LOTRA, V.; FONSECA, C. Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, 2017, v. 3, n° 3, pp. 1198-1216.

MCBETH, J.; LACEY, R.J.; WILKIE, R. Predictors of new-onset widespread pain in older adults results from a population-based prospective cohort study in the UK. **Arthritis Rheumatol**, 2014, v. 66, pp. 757-767.

MCDANIEL, J.; KEMMNER, K.G.; RUSNAK, S. Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: a pilot study. **Geriatric Nursing**, 2015, v. 36, n° 5, pp. 381-386.

MCLAUGHLIN, S.; JETTE, A.M.; CONNELL, C.M. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 2012, v. 67, n° 7, pp. 783-789.

MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MELLO, B.S.; MASSUTTI, T.M.; LONGARAY, V.K.; TREVISAN, D.F.; LUCENA, A.F. Applicability of the Nursing Outcomes Classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. **Applied Nursing Research**, 2016, v. 29, pp. 12-18.

MENG, I.; D'ARCY, C. Successful aging in Canada: prevalence and predictors from a population-based sample of older adults. **Gerontology**, 2014, v. 60, pp. 65-72.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. **Nursing outcomes classifications (NOC)**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2018.

MOREIRA, R.P.; GUEDES, N.G.; LOPES, M.V.O.; CAVALCANTE, T.F.; ARAÚJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto Contexto Enferm**, 2014, v. 23, n° 3, pp. 547-554.

MULLER-STAU, M.; ABT, J.; BRENNER, A.; HOFER, B. Expert Report on Nurses Responsibility. Swiss Nursing Science Association (ANS), Bern, 2015.

MUNDAL, I.; GRAWE, R.W.; BJORNGAARD, J.H.; LINAKER, O.M.; FORS, E.A. Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. **BMC Musculoskeletal Disord**, 2014, v. 15, p. 213.

MUNIZ, E.A.; AGUIAR, M.F.S.; BRITO, M.C.C.; FREITAS, C.A.S.L.; MOREIRA, A.C.A.; ARAÚJO, C.R.C.E. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**, 2016, v. 19, n° 2, pp. 133-146.

MURPHY, S. L.; ALEXANDER, N.B.; LEVOSKA, M.; SMITH, D.M. Relationship between fatigue and subsequent physical activity among older adults with symptomatic osteoarthritis. **Arthritis Care & Research**, 2013, v. 65, n° 10, pp. 1617-1624.

NEUGARTEN, B. Personality and the aging process. **The Gerontologist**, 1972, v. 12 (1 Part 1), pp. 9-15.

NICOLATO, F.V.; COUTO, A.M.; CASTRO, E.A.B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2016, v. 6, n° 2, pp. 2199-2211.

OLIVEIRA, A.S.; TREVIZAN, P.F.; BESTETTI, M.L.T.; MELO, R.C. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2014, v. 17, n° 3, pp. 637-645.

OLIVEIRA, C.H.; MARTINS, E.A.P.; MONTEZELI, J.H.; SOUZA, T.G.; DELLAROZA, M.S.G. Compreendendo a vivência dos idosos com dor crônica: à luz da Teoria de Callista Roy. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, 2017, v. 16, n° 1, pp. 1-8.

OLIVEIRA-FILHO, A.D.; MORISKY, D.E.; NEVES, S.J.; COSTA, F.A.; LYRA, D.P. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. **Res. Social Adm. Pharm.**, 2014, v. 10, n° 3, pp. 554-561.

OLIVEIRA, F.P.; OLIVEIRA, B.G.R.B.; SANTANA, R.F.; SILVA, B.P.; CANDIDO, J.S.C. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, jun.2016, v. 37, n° 2, pp. 55033.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; SANTOS, S.M.A. An integrative review of drug utilization by the elderly in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2016, v. 50, n° 1, pp. 163-174.

OLIVEIRA, P.S.; BEZERRA, E.P.; ANDRADE, L.L.; GOMES, P.L.F.; SOARES, M.J.G.O.; COSTA, M.M.L. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pré-diabético. **Care Online**, 2016, v. 8, n° 3, pp. 4841-4849.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Caídas**: nota descriptiva. Ginebra: OMS, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

PAIVA, A.C.P.C; SENA, C.A.; ALVES, M.S. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: Mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. **Enferm. Cent. O. Min.**, 2016, v. 6, n° 2, pp. 282-2291.

PARK, J.H.; LEE, J.S.; YANG, J.O.; LEE, B.J.; BAE, K.H.; SHIN, J.H. The effects of pilates exercise on static and dynamic balance in the elderly. **Korean Journal of Sport Biomechanics**, 2016, v. 26, n° 4, pp. 397-405.

PATEL, K.V.; GURALNIK, J.M.; DANSIE, E.J.; TURK, D.C. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. **Pain**, 2013, v. 154, pp. 2649-2657.

PENNINX, B.W.; GURALNIK, J.M.; SIMONSICK, E.M.; KASPER, J.D. Emotional vitality among disabled older women: the women's health and aging study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, 1998, v. 46, pp. 807-815.

PEREIRA, M.C.A., SANTOS, L.F.S., MOURA, T.N.B., PEREIRA, L.C.A., LANDIM, M.B.P. Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, 2016, v.29, n°1, pp. 124-131.

PEREIRA, M.R. **A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição**. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem da Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem da Reabilitação, Coimbra, 2012.

PFEFFER, R.I.; KUROSAKI, T.T.; HARRAH JR., C.H.; CHANCE, J.M.; FILOS, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, 1982, v. 37, n° 3, pp. 323-329.

PHELAN, E.A.; ANDERSON, L.A.; LACROIX, A.Z.; LARSON, E.B. Older adult's views of "successful aging" – how do they compare with researchers definitions? **J. Am. Geriatr. Soc.**, 2004, v. 52, pp. 211-216.

PINTO, F.N.F.R.; BARHAM, E.J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2014, v. 17, n° 3, pp. 525-539.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

POPE, A.M.; TARLOV, A.R. **Disability in America**: toward a national agenda for prevention. Washington, DC: National Academy Press, 1991.

- RABELO-SILVA, E.R.; CAVALCANTI, A.C.D.; CALDAS, M.C.R.G.; LUCENA, A.F.; ALMEIDA, M.A.; LINCH, G.F.C.; SILVA, M.B.; MÜLLER-STAU, M.; Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)©. **Journal of Clinical Nursing**, 2016.
- REICHSTADT, J.; DEPP, C.A.; PALINKAS, L.A.; FOLSOM, D.P.; JESTE, D.V. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adult's perceived contributors to successful aging. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 2007, n° 15, pp. 194-201.
- RIGO, M.L.N.R.; TEIXEIRA, D.C. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **Unopar Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, 2015, v. 7, n° 1, pp. 13-20.
- ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Successful aging. **Gerontologist**, 1997, v. 37, pp. 433-440.
- RUDROFF, T.; KINDRED, J. H.; KETELHUT, N. B. Fatigue in multiple sclerosis: misconceptions and future research directions. **Frontiers in Neurology**, 2016, v. 7, pp. 1-6.
- SANTOS, L.M.; SAMPAIO, J.R.F.; BORBA, V.F.C.; LUZ, D.C.R.P.; ROCHA, E.M.B. Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na Atenção Básica de Saúde do município de Porteiras-CE. **Revista e-Ciência**, 2017, v. 5, n° 1, pp. 69-77.
- SANTOS, Z.M.S.A.; MARTINS, J.O.; FROTA, N.M.; CAETANO, J.A.; MOREIRA, R.A.N.; BARROS, L.M. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2012, v. 15, n° 4, pp. 747-754.
- SARDINHA, A.H.L.; SILVA, C.G.; SENA, L.B.; MESQUITA, L.L.S.; RODRIGUES, J.B.; SILVA, K.N.R. Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso. **Revista Pesquisa em Saúde**, 2015, v. 16, n° 3, pp. 154-158.
- SILVA, E.R.R.; LUCENA, A.F. **Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SILVA, L.S.V.; SILVA, T.B.L.; FALCÃO, D.V.S.; BATISTONI, S.S.T.; LOPES, A.; CACHIONI, M.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2014, v. 41, n° 3, pp. 67-71.
- SILVA, M.S.; SILVA, N.B.; ALVES, A.G.P.; ARAÚJO, S.P.; OLIVEIRA, A.C. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, v. 19, n° 5, pp. 1409-1418.
- SILVA, N.C.M.; OLIVEIRA, A.R.S.; CARVALHO, E.C. Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification – NOC": revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, dez. 2015, v. 36, n° 4, pp. 104-111.

SILVA, T.G.; SANTANA, R.F.; SOUZA, P.A. Intervenções de enfermagem para idosos que envelheceram em instituições psiquiátricas: mapeamento cruzado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2016, v. 18, ed. 1185.

SILVEIRA, E.A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polypharmacy, chronic diseases and nutritional markers in community dwelling older. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2014, v. 17, n° 4, pp. 818-829.

SILVEIRA, E.A.; VIEIRA, L.L.; SOUZA, J.D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n° 3, pp. 903-912.

STOWE, J.D.; COONEY, T.M. Examining rowe and kahn's concept of successful aging: importance of taking a life course perspective. **The Gerontologist**, 2015, v. 55, n° 1, pp. 43-50.

SOUSA, A.S.J.; MARQUES, M.B.; MOREIRA, T.M.M.; DE ARAÚJO, A.D.I.R.; DA SILVA, A.Z.; MACHADO, A.L.G. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista enfermagem UERJ**, 2015, v.23, n° 1, pp. 102-7.

TINETTI, M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. **The Journal of the American Geriatric Society**, 1986, v. 34, n° 2, pp. 119-126.

TOSIN, M.H.S.; CAMPOS, D.M.; ANDRADE, L.T.; OLIVEIRA, B.G.R.B.; SANTANA, R.F. Intervenções de enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2016, v. 24, ed. 2728.

UNITED NATIONS. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. **High-level plenary meeting of the General Assembly**. New York: United Nations, 19-20 set. 2011. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1>. Acesso em: 19 jun. 2012.

VAGETTI, G.C.; OLIVEIRA, V.; SILVA, M.P.; PACÍFICO, A.B.; COSTA, T.R.A.; CAMPOS, W. Associação do índice de massa corporal com a aptidão funcional de idosas participantes de um programa de atividade física. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2017, v. 20, n° 2, pp. 216-227.

VALENTIM, A.A.F. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2012.

VEAUTHIER, C.; HASSELMANN, H.; GOLD, S.M.; PAUL, F. The berlin treatment algorithm: recommendations for tailored innovative therapeutic strategies for multiple sclerosis-related fatigue. **EPMA Journal**, 2016, v. 24, eCollection, pp. 7-25.

VENTURINI, C.D.; ENGROFF, P.; SGNAOLIN, V.; EL KIK, R.M.; MORRONE, F.B.; SILVA FILHO, I.G.; CARLI, G.A. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n° 12, pp. 3701-3711.

VIANA, A.; ANTONIASSI JÚNIOR, G. Qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas. **Revista de Psicologia e Saúde em Debate**, 2017, v. 3, n° 1, pp. 87-98.

VRDOLJAK, D.; BOROVIĆ, J.A. Medication in the elderly – considerations and therapy prescription guidelines. **Acta Medica Academica**, 2015, v. 44, n° 2, pp. 159-168.

WARE, J.E.J.; GANDEK, B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Journal Clinical Epidemiologic**, 1998, v. 51, n° 11, pp. 903-912.

WHITLEY, E.; BENZEVAL, M.; POPHAM, F. Associations of successful aging with socioeconomic position across the life-course: the west of scotland twenty-07 prospective cohort study. **Journal of Aging and Health**, 2018, v. 30, n° 1, pp. 52-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **65th World Health Assembly closes with new global health measures**. Maio 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/index.html>. Acesso em: 30 maio 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nursing now**. February 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/events/2018/nursing-now/en/>> Acesso em: 25 setembro 2018.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, 1983, v. 17, pp. 37-49.

YOUNG, Y.; FAN, M.Y.; PARRISH, J.M.; FRICK, K.D. Validation of a novel successful aging construct. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, 2009, v. 10, n° 5, pp. 314-322.

YOUNG, Y.; FRICK, K.D.; PHELAN, E.A. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, 2009, v. 10, n° 2, pp. 87-92.

ZIS, P.; DASKALAKI, A.; BOUNTOUNI, I.; SYKIOTI, P.; VARRASSI, G.; PALADINI, Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. **Clinical Interventions in Aging**, 2017, v. 12, pp. 709-720.

APÊNDICES

APÊNDICE A
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ESPECIALISTA

Nome (não obrigatório):	
Cidade em que atua:	
Formação: () Doutorado () Mestrado () Especialização ou residência () Graduação	
Experiência clínica na área específica (gerontologia)	() Sim () Não Tempo (anos)_____
Experiência no ensino da área específica (gerontologia) ou ensino da utilização das classificações de enfermagem (NANDA-I, NIC, NOC)	() Sim () Não Tempo (anos)_____
Experiência em pesquisas com artigos publicados sobre a área específica (gerontologia) ou sobre as classificações de enfermagem (NANDA-I, NIC, NOC)	() Sim () Não Tempo (anos)_____
Participação em grupo de pesquisa na área específica (gerontologia)	() Sim () Não Tempo (anos)_____

APÊNDICE B

CARTA EXPLICATIVA

Prezado (a) colega enfermeiro (a),

Considerando sua expertise na área da Gerontologia, convido-o(a) a participar da pesquisa intitulada “Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC” que consiste, em sua primeira etapa de validação de conteúdo, com a opinião de especialistas. A sua colaboração será no sentido de verificar se o conteúdo do mesmo está adequado para o atendimento da população idosa.

O modelo multidimensional de cuidado ao idoso, para o qual solicita-se a sua opinião, contém informações da anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados, e intervenções de enfermagem. O tempo a ser dispensado será de aproximadamente 30 minutos, pois trata-se de um instrumento de fácil preenchimento na plataforma Google Forms®, porém extenso.

As informações da anamnese, exame físico, diagnósticos, resultados, e intervenções de enfermagem estão organizadas em seções que vão de 1 a 11, seguidas das opções “recomendo” e “não recomendo” para que, possa clicar. Ao final de cada seção, foi reservado um espaço para sugestões e justificativas que pode ser utilizado caso julgue necessário acrescentar.

O modelo multidimensional de cuidado ao idoso a ser validado foi construído a partir das informações do caderno de atenção básica “envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2007) e do *Multidimensional Model of Successful Aging*, o qual foi criado para uso de todos os profissionais da saúde que atuam no cuidado ao idoso e, a ideia central é de que as alterações fisiológicas e deterioração funcional são associadas com o aumento da idade, diferente dos aspectos sociais e psicológicos que necessariamente não estão fortemente conexos e, apostam em mecanismos psicológicos e sociais para compensar o declínio fisiológico e funcional (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009).

No modelo, associado às informações que os autores orientam para a aplicação do Modelo estão os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem consultados nos livros: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017, Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e Classificação dos resultados de

enfermagem: mensurações dos resultados em saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2015; BULECHEK et al., 2016; MOORHEAD et al., 2016).

Os diagnósticos de enfermagem utilizados possuem as seguintes definições: **RISCO DE SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL**: vulnerabilidade a estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios da saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da susceptibilidade e efeitos, em particular a incapacidade. **SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL**: estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios da saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da susceptibilidade e efeitos, em particular a incapacidade.

Destaca-se que a pré-seleção dos resultados e intervenções de enfermagem para os diagnósticos risco de síndrome do idoso frágil e síndrome do idoso frágil, se deu a partir do capítulo quatro da NIC *“Intervenções essenciais para áreas de especialidades de enfermagem (Enfermagem Gerontológica)”* e do cinco da NOC *“Resultados essenciais para áreas de especialidades de enfermagem (Gerontologia)”*, além da experiência clínica das pesquisadoras.

Muito obrigado pela sua participação e contribuição.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTA

Sr.(a) participante,

O Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC”. O presente estudo tem como objetivo geral construir um modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, aplicável à consulta de enfermagem, tendo como objetivos específicos: Validar o conteúdo do modelo multidimensional de cuidado ao idoso, construído a partir do Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido, associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC; aplicar o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA - I, NIC E NOC na consulta de enfermagem e avaliar a efetividade da aplicação do modelo multidimensional de cuidado ao idoso em consulta de enfermagem, por meio dos resultados de enfermagem.

Sua participação dar-se-á por meio da expressão de sua opinião para realizar a validação de conteúdo do modelo multidimensional de cuidado ao idoso. Ratifica-se o caráter confidencial dos e-mails respondidos e o compromisso de preservar o seu anonimato quanto às informações que forem concedidas no transcorrer das atividades. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. A sua participação é totalmente voluntária e a não participação ou desistência após ingressar na pesquisa não implicará em nenhum tipo de prejuízo.

Os riscos desses procedimentos de pesquisa para os especialistas, são mínimos, uma vez que, estão relacionados ao tempo que será disponibilizado para analisar e opinar acerca da temática. Os benefícios desse estudo serão de forma indireta, pois fornecerá subsídios para a implementação de práticas assistenciais ao idoso. A pesquisa terá caráter exclusivamente acadêmico e não resultará em implicações empregatícias aos participantes.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone (51) 3308 3738, das 8h às 17h. Em qualquer etapa do estudo o senhor(a) terá acesso a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecer eventuais dúvidas. Pesquisadora: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena, fone: (51) 3359 7863, Pesquisadora: Dda. Carla Argenta, fone (49) 3329 0918.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o responsável pela pesquisa.

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Local, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA IDOSO

Sr.(a) participante,

O Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar desse projeto de pesquisa que tem como título “Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC” que visa construir um modelo de consulta ao idoso. Esse modelo já foi validado por profissionais experientes na área.

Sua participação dar-se-á por meio de consultas de enfermagem com perguntas relacionadas aos aspectos fisiológicos/funcionais, psicológicos e sociais. Além das perguntas, serão realizados e cuidados de enfermagem, que serão avaliados para observar mudanças no seu estado de saúde. As consultas serão agendadas e caso o senhor(a) não queira participar ou desistir após ingressar no estudo isso não implicará em qualquer tipo de prejuízo ou negligência ao cuidado e tratamento na Unidade de Saúde da Cidade do idoso. O tempo de consulta será aproximadamente 50 minutos e acontecerão em quatro momentos, ou seja, serão quatro consultas.

As informações colhidas nas consultas de enfermagem serão analisadas em conjunto com os de outros pesquisadores, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Dessa forma, será garantida a confidencialidade dos participantes. Os modelos utilizados nas consultas serão guardados pela pesquisadora por cinco anos e após serão destruídos. As informações fornecidas pelo senhor(a) serão utilizadas apenas para elaboração da pesquisa. A sua participação no estudo é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de custo ou remuneração.

Os riscos destes procedimentos são considerados médios pela possibilidade de trazer à tona episódios desconfortáveis relacionados às situações de caráter fisiológico, social ou psicológico, porém a entrevista terá o acompanhamento da pesquisadora enfermeira com experiência no assunto e o senhor (a) não precisará responder a todas as perguntas e poderá solicitar a suspensão da pesquisa se o assim desejar. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão de forma direta, de modo que as intervenções de enfermagem poderão provocar mudança nas condições de vida e saúde do senhor (a).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone (51) 3308 3738, das 8h às 17h. Em qualquer etapa do estudo o senhor(a) terá acesso a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecer eventuais dúvidas. Pesquisadora: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena, fone: (51) 3359 7863, Pesquisadora: Dda. Carla Argenta, fone (49) 3329 0918.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o responsável pela pesquisa.

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Nome do participante: _____

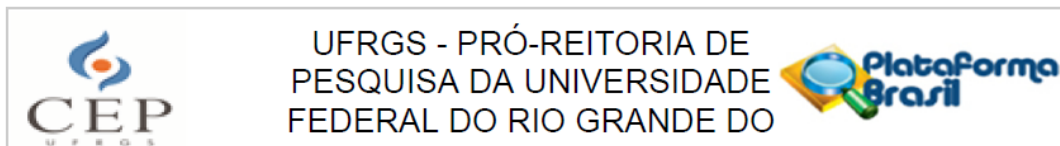
Assinatura: _____

Local, _____ de _____ de 2017.

ANEXO

ANEXO

PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CUIDADO AO IDOSO COM BASE NO MODELO MULTIDIMENSIONAL DE ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO ASSOCIADO AOS SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM NANDA - I, NIC E NOC

Pesquisador: AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65391117.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.046.787

Apresentação do Projeto:

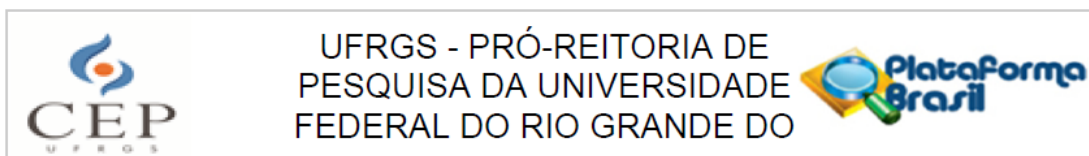
Trata-se de um projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que se propõe a construir um protocolo de cuidado ao idoso com base no modelo multidimensional de envelhecimento bem sucedido associado aos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC.

As autoras apresentam dados da transição demográfica que levará ao envelhecimento populacional e a consequente necessidade dos idosos de cuidados profissionais, entre eles o cuidado de enfermagem. O processo de enfermagem, ou seja, a sistematização do cuidado em enfermagem, com foco na multidimensionalidade deve ser explorado. É fundamental compreender que cada idoso envelhece de forma diferente (heterogênea), indicando a existência de vários caminhos e estratégias a serem adotadas no cuidado dessa fase da vida.

São destacados três princípios norteadores para envelhecer com sucesso: a heterogeneidade, as dimensões do envelhecimento bem sucedido (fisiológica, social e psicológica) e mecanismos de compensação individuais para ajustar as alterações relacionadas ao envelhecimento (YOUNG; FRICK; PHELAN, 2009).

Sem a realização do PE, aliado a um referencial teórico, a assistência de enfermagem corre o

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.046.787

risco de não problematizar, e nem resolver todas as prioridades de saúde do idoso (MATOS et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2008). Ao utilizar-se o PE, considera-se importante trabalhar com os Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem (SLP), os quais se referem à organização e determinação de uma terminologia definida entre enfermeiros para descrever os diagnósticos (respostas das pessoas às situações da vida e saúde relevantes para a enfermagem), as intervenções (ações realizadas pela enfermagem que influenciam positivamente nas respostas) e os resultados de enfermagem (manutenção ou obtenção de melhores condições possíveis de saúde e bem-estar) (RUTHERFORD, 2008; CAMPOS DE CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Para a elaboração de diagnósticos, a NANDA Internacional (NANDA-I) oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas que se preocupam com a enfermagem a partir de diagnósticos com foco no problema, de risco, e de promoção da saúde. As intervenções de Enfermagem trazem a Nursing Interventions Classification (NIC) que consiste em uma ordenação ou arranjo de atividades de enfermagem. Os resultados dos pacientes sensíveis à Enfermagem estão apresentados na taxonomia Nursing Outcomes Classification (NOC) a qual descreve o resultado como um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade.

Os diagnósticos Síndrome do idoso frágil (SIF) e Risco de síndrome do idoso frágil (RSIF) são amplos o suficiente para abordar as diversas necessidades dos idosos, pois trazem elementos que caracterizam a multidimensionalidade de sua abordagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem apontam para o envelhecimento bem sucedido.

Objetivo da Pesquisa:

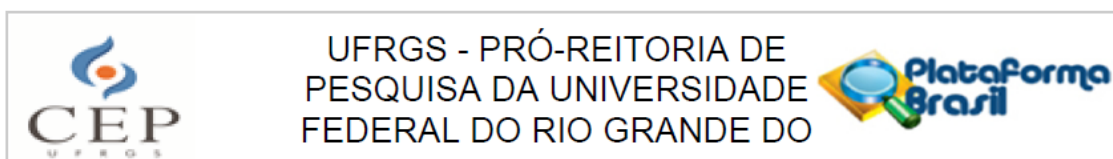
2.1 Objetivo Geral:

Construir um protocolo de cuidado ao idoso com base no modelo multidimensional de envelhecimento bem sucedido associado aos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA - I, NIC e NOC.

2.2 Objetivos específicos

- Validar o conteúdo de um protocolo de atendimento ao idoso em consulta de enfermagem, construído a partir do modelo multidimensional de envelhecimento bem sucedido associado aos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA - I, NIC e NOC.
- Aplicar o modelo multidimensional de envelhecimento bem sucedido associado aos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA - I, NIC E NOC na consulta de enfermagem.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.046.787

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desses procedimentos de pesquisa para os especialistas, são mínimos, uma vez que, estão relacionados ao tempo que será disponibilizado para analisar e opinar acerca da temática. Para minimizar tais riscos será oportunizado um prazo maior para o retorno do protocolo avaliado, quando houver necessidade.

Para os idosos os riscos são considerados médios, pela possibilidade de trazer à tona episódios desconfortáveis relacionados às situações de caráter fisiológico, social ou psicológico. Para minimizar tais riscos, a entrevista terá o acompanhamento da pesquisadora enfermeira com experiência no assunto e o idoso poderá solicitar a suspensão da pesquisa se o mesmo desejar. Para os casos em que o desconforto não for possível de ser sanado nas consultas, o idoso será acompanhado pelo serviço de psicologia do município. Este serviço é oferecido pelo município e é utilizado pelos profissionais da CI sempre que necessário. Os psicólogos são contatados e realizam o atendimento no local, sendo essa, uma prática já existente.

Para os especialistas, os benefícios desse estudo serão de forma indireta, pois fornecerá subsídios para a implementação de práticas assistenciais ao idoso. A pesquisa terá caráter exclusivamente acadêmico e não resultará em implicações empregatícias aos participantes.

Para os idosos, os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão de forma direta, de modo que as intervenções de enfermagem poderão promover mudanças nas condições de vida e saúde dos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

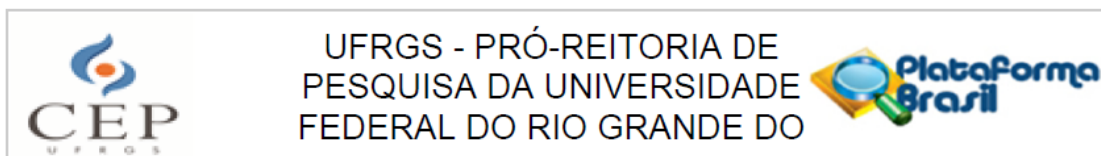
Além das informações já mencionadas, as autoras realizam revisão teórica ampla e cuidadosa sobre os temas da pesquisa, entre eles:

- Modelo multidimensional de envelhecimento bem sucedido
- Processo de enfermagem e sistemas de linguagem padronizados NANDA I, NIC e NOC
- Classificação de diagnósticos de enfermagem: NANDA –I
- Diagnósticos de enfermagem síndrome do idoso frágil e risco de síndrome do idoso frágil e o modelo multidimensional de cuidado ao idoso
- Classificação dos resultados de enfermagem: NOC
- Classificação de intervenções de enfermagem: NIC

Com relação ao método:

Estudo com abordagem quantitativa desenvolvida em duas etapas: a primeira compreende

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.046.787

um estudo de validação de conteúdo e a segunda uma pesquisa de resultados, que contempla um estudo longitudinal e quase experimental.

A primeira etapa, de validação do conteúdo, será realizada por meio da opinião de 15 especialistas enfermeiros que fazem parte do Departamento de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) que congrega profissionais de todo o Brasil. Relacionados os critérios para participação dos profissionais através de pontuação que irá classificá-los como especialistas júnior, máster ou sênior. Para a análise da validação de conteúdo se considerará um percentual de respostas positivas de 70% dos especialistas.

São apresentados os passos da logística para a coleta de informações de forma detalhada e clara.

A segunda etapa será com os idosos, após a validação de conteúdo do instrumento com os profissionais. Inicialmente será aplicado o instrumento, como piloto, em cinco idosos para verificar a necessidade de eventuais refinamentos do mesmo.

O estudo se desenvolverá em uma unidade de saúde conhecida como Cidade do Idoso (CI), no município de Chapecó/SC. A amostra será composta por idosos que atenderem os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos em primeira consulta na CI, de ambos os sexos, que apresentarem o diagnóstico de enfermagem RSIF ou SIF. Com auxílio do programa WINPEPI foi calculado um tamanho de amostra de, no mínimo, 23 sujeitos, utilizando dados de estudo prévio. Estão previstas mais três consultas quinzenais com os idosos (totalizando quatro), para reavaliar os diagnósticos, as intervenções e os resultados esperados.

São mencionados os aspectos éticos, Resolução 466/12. O projeto também foi enviado ao CEP da instituição coparticipante, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

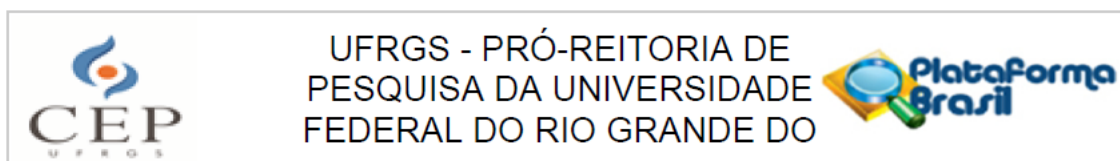
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – apresentado
 Projeto na íntegra – apresentado
 Aprovação COMPESQ – apresentado
 Instrumentos de coleta de dados – apresentados
 TCLE – apresentado
 Cronograma – apresentado
 Orçamento – apresentado

Recomendações:

NA CARTA CONVITE (APÊNDICE B) REVISAR O USO DE LETRAS MAIÚSCULAS PARA O TÍTULO DO CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (É NOME PRÓPRIO) E REDAÇÃO DE "PROROCOLOS" (5º

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.046.787

PARÁGRAFO).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Ao apresentar os Riscos para os idosos, há referência de que aqueles que necessitarem serão acompanhados pelo serviço de psicologia do Município. Já houve contato com o Serviço? Há garantia desse acompanhamento? Sugere-se acrescentar carta de concordância do Serviço.

ESCLARECIDO: ADEQUADO.

- Como foi definido o número de especialistas? Há uma expectativa/definição sobre quantos especialistas devem ser enfermeiros e quantos médicos? Por que foram incluídos médicos? Como estes serão selecionados? Saberão responder sobre DE da NANDA-I, NOC e NIC?

RETIRADOS MÉDICOS, ESCLARECIDAS AS DEMAIS DÚVIDAS: ADEQUADO.

- Em geral, ao usar a técnica Delphi, TODOS OS ITENS SÃO AVALIADOS, não somente cada uma das dimensões (questão metodológica).

ALTERADA A TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES COM OS ESPECIALISTAS: ADEQUADO.

- As informações sobre a amostra (já traz procedimentos de coleta) e a logística de coleta de dados em si estão confusas.

TEXTO REVISADO E ADEQUADO, LOGÍSTICA BEM DEFINIDA: ADEQUADO.

- Não há informações sobre como será avaliado o instrumento após a coleta piloto.

ESCLARECIDO: ADEQUADO.

- Não há menção sobre o deslocamento dos idosos até a Cidade do Idoso: custo, quem leva, dificuldade de mobilidade, etc.

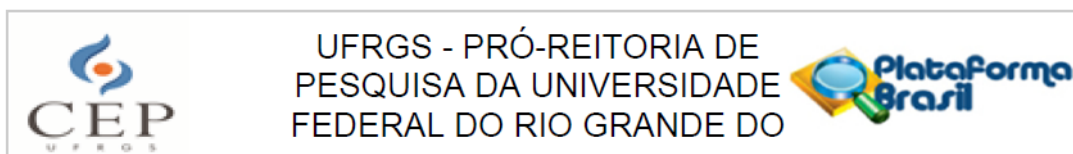
QUESTÃO ESCLARECIDA NO PROJETO: ADEQUADO.

- O TCLE para os especialistas apresenta dois estudos diferentes e não um estudo com um objetivo geral e dois objetivos específicos.

TEXTO REVISADO: ADEQUADO.

- O TCLE do idoso não tem o nome da pesquisa, os idosos sabem o que significa 'intervenções' de enfermagem? O termo pode causar dúvidas e temores nos idosos, uma vez que para os leigos,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.046.787

com frequência, as intervenções de enfermagem podem ser ações invasivas, como aplicação de injeções, por exemplo.

TEXTO REVISADO: ADEQUADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

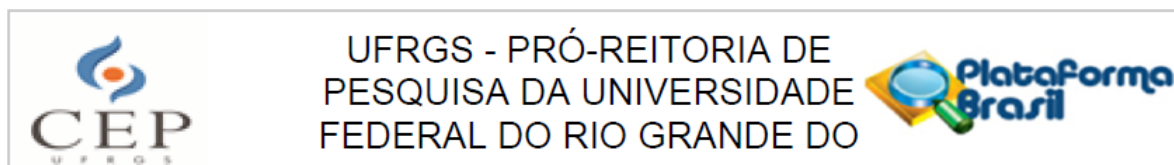
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_846517.pdf	24/04/2017 10:50:14		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	24/04/2017 10:49:16	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Outros	protocolo.pdf	24/04/2017 10:43:34	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/04/2017 10:41:53	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Outros	carta_explicativa.pdf	24/04/2017 09:43:17	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2017 09:34:35	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Outros	parecer_Compesq.pdf	06/03/2017 17:05:15	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Outros	declaracao.pdf	06/03/2017 15:00:37	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	06/03/2017 14:59:06	AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



Continuação do Parecer: 2.046.787

PORTO ALEGRE, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)