

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ALTA HOSPITALAR DE IDOSOS

Walquiria Lene dos Santos<sup>1</sup>, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani<sup>2</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>3</sup>, Maria Márcia Bachion<sup>4</sup>

**RESUMO:** O objetivo da pesquisa foi identificar e analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Promoção de Saúde de acordo com a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*, nos idosos atendidos na clínica médica, em alta hospitalar. Pesquisa descritiva, realizada com 25 idosos ( $\geq 60$  anos) em processo de alta na clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, no período de abril a outubro de 2007. Para a identificação dos diagnósticos foi utilizado o processo de raciocínio clínico de acordo com Risner. Todos os idosos (100%) apresentaram diagnósticos de enfermagem no domínio de Promoção de Saúde, e os prevalentes foram: disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (64%), controle ineficaz do regime terapêutico (56%), disposição para nutrição melhorada (52%). Portanto, a educação em saúde deve ser priorizada em todas as etapas de atendimento à saúde, com o propósito de mudar o paradigma de envelhecimento patológico, privilegiando o enfoque da prevenção de incapacidades e da promoção do envelhecimento saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Alta do paciente; Assistência hospitalar; Enfermagem geriátrica; Diagnóstico de enfermagem.

## NURSING DIAGNOSIS IDENTIFIED IN THE ELDERLY HOSPITAL DISCHARGE

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the profile of the nursing diagnosis of the Health Promotion Domain of NANDA. This is a descriptive research conducted with 25 elderly ( $\geq 60$  years) in the process of hospital discharge in a School Hospital of the Midwest Region, from April to October of 2007. It was used the process of clinical reasoning according with Risner to identify the nursing diagnosis. All the elderly presented nursing diagnosis in the Health Promotion domain, and the prevalent ones were: increased disposition for the therapeutic regimen control (64%), ineffective control of the therapeutic regimen (56%), disposition for improved nutrition (52%). Therefore, health education should be prioritized at all health care stages, aiming the paradigm change of a pathological ageing, with focus on disability prevention and the promotion of a healthy ageing.

**KEYWORDS:** Elderly; Patient discharge; Hospital care; Geriatric nursing; Nursing diagnosis.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS EN ALTA HOSPITALARIA DE LOS ANCIANOS

**RESUMEN:** El objetivo de la investigación fue identificar y analizar el perfil de los Diagnósticos de Enfermería del Dominio Promoción de la Salud de acuerdo con la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association*, en los ancianos, atendidos en la clínica médica, en alta hospitalaria. Investigación descriptiva realizada con 25 ancianos ( $\geq 60$  años) en proceso de alta en la clínica médica de un Hospital Escuela de la Región Centro-Oeste, durante el periodo de abril a octubre de 2007. Para la identificación de los diagnósticos fue utilizado el proceso de raciocinio clínico de acuerdo con Risner. Todos los ancianos (100%) presentaron diagnósticos de enfermería en el dominio de aPromoción de la Salud, y los prevalentes fueron: disposición para el control aumentado del régimen terapéutico (64%), control ineficaz del régimen terapéutico (56%), disposición para la nutrición mejorada (52%). Por lo tanto, la educación en la salud debe ser priorizada, en todas las etapas de la atención a la salud, con el propósito de cambiar el paradigma del envejecimiento patológico, privilegiando el enfoque de la prevención de discapacidades y de la promoción del envejecimiento saludable.

**PALABRAS CLAVE:** Anciano; Alta del paciente; Atención hospitalaria; Enfermería geriátrica; Diagnóstico de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal de Goiás-UFGO.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora e Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFGO.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal Fluminense-UFF.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UFGO.

Autor correspondente:

Walquiria Lene dos Santos

Rua Januário da Cunha Barbosa, Quadra 43 Lote 12 - 74450-180 - Goiânia-GO

E-mail: walquirialene@hotmail.com

Recebido: 10/11/08

Aprovado: 22/05/09

## INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional tem-se verificado o aumento das doenças crônicas, dependência e quedas, que por sua vez constituem como fator de risco para hospitalização de idosos fragilizados<sup>(1)</sup>. Isto reflete nos custos do sistema de saúde, uma vez que 16% da população idosa consome quase 30% dos gastos com internações hospitalares no Brasil<sup>(2)</sup> devido à longa permanência no leito, principalmente por doenças incapacitantes de origem cardiovascular e respiratória<sup>(3)</sup>.

Portanto, ações em saúde que garantam a integralidade do cuidado ao idoso devem ser preconizadas durante a hospitalização, ou seja, não deve haver dissociação entre ações curativas e promoção da saúde. A efetividade do atendimento integral pode propiciar eficácia ao sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde, fortalecendo o Sistema Único de Saúde-SUS e, conseqüentemente, promovendo qualidade de vida a população idosa e sua família.

Nas Diretrizes operacionais do Pacto pela saúde em 2006, na consolidação do SUS, há seis prioridades, três delas se relacionam com a problemática apresentada nesse estudo: a Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica<sup>(4)</sup>. Na Política Nacional da Pessoa Idosa, o desafio de superar a escassez de estruturas de cuidado ao idoso no SUS e o desenvolvimento de estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e o retorno para o domicílio<sup>(5)</sup>, justificando a importância de se conhecer as respostas humanas desta população, na dimensão da promoção da saúde no período da alta hospitalar.

Entende-se que as ações são realizadas ao longo da internação, mas no momento da alta o sujeito encontra-se numa fase de restabelecimento, permitindo uma reflexão sobre os cuidados necessários na pós-alta, com maior abertura do cliente para engajar-se no planejamento de realização das ações necessárias para a recuperação, manutenção e promoção da sua saúde, com ajuda do profissional de enfermagem.

Durante a permanência do idoso no hospital, a abordagem de enfermagem que permite uma compreensão individualizada e holística deste é o Processo de Enfermagem. Esta ferramenta do cuidado possibilita a identificação das respostas humanas aos processos reais ou potenciais de saúde e aos eventos

do ciclo vital<sup>(6)</sup>. Para rotulação das repostas identificadas, mediante uma afirmação diagnóstica, podem ser usadas diferentes taxonomias. Entre as mais conhecidas destaca-se a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association-NANDA*<sup>(6)</sup>. O uso de sistema de classificação da linguagem profissional para diagnóstico de enfermagem pode contribuir para futuros estudos nacionais e internacionais. Esta taxonomia classifica os diagnósticos de enfermagem em agrupamentos denominados domínios e classes<sup>(6-8)</sup>.

A partir do conhecimento dos diagnósticos do domínio de Promoção da Saúde, o enfermeiro poderá desenvolver o planejamento e atuar de forma programada, preparando os idosos hospitalizados para o processo de alta, a fim de minimizar as complicações e re-internações hospitalares<sup>(9)</sup>.

Frente ao exposto, delimitamos como objetivos de estudo: identificar e analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Promoção de Saúde de acordo com a Taxonomia II da NANDA, nos idosos atendidos na clínica médica, em alta hospitalar.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, realizado com 25 indivíduos em processo de alta de uma clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste.

Para identificar o idoso em processo de alta hospitalar, foi realizado um levantamento diário de internação, utilizando-se o caderno de admissões disponível no setor. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 60 anos; possuir condições físicas emocionais/cognitivas para responder às perguntas; intervalo mínimo de 24 horas entre o recebimento da alta hospitalar e a sua saída; ser a primeira internação no período de coleta de dados, concordar em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como exclusão considerou-se: a solicitação de retirada do consentimento, apresentar intercorrências no estado de saúde implicando na suspensão da alta.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a outubro de 2007. Aplicou-se um questionário que abordava a Taxonomia II de Diagnóstico da NANDA<sup>(6)</sup>, dados socioeconômicos e demográficos, aplicação de escalas, exame físico e consulta em prontuário. Este instrumento passou por validações aparente e de conteúdo, por um grupo de juízes, em sua área específica.

Para a identificação dos diagnósticos de

enfermagem foi utilizado o processo de raciocínio clínico (análise, julgamento e síntese dos dados) de acordo com Risner<sup>(8)</sup>. Os diagnósticos de enfermagem foram avaliados quanto à sua distribuição (frequência simples e percentual). A discussão desses achados focalizou os títulos dos diagnósticos de enfermagem, seus fatores relacionados e características definidoras, de acordo com a Taxonomia II da NANDA<sup>(6)</sup>.

Esta pesquisa foi aprovada pela Diretoria Geral do Hospital Escola e Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo 171/06. Os pacientes foram esclarecidos sobre a natureza, objetivos e procedimentos da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(9)</sup>, sendo registrada sua participação no prontuário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os idosos (100%) apresentaram diagnósticos de enfermagem no domínio de Promoção de Saúde. Este engloba nove diagnósticos de enfermagem que, na maioria, referem-se aos julgamentos clínicos relativos ao comportamento de busca e manutenção da saúde<sup>(6)</sup>. Os diagnósticos do domínio promoção de saúde foram descritos de acordo com os diagnósticos de bem-estar e reais.

A promoção da saúde é resultado da confluência de forças distintas e pretende ir além da proteção à saúde, incluindo a redistribuição de poder e controle sobre questões de saúde individual e coletiva e a redução do impacto negativo da ampla série de determinantes associados com ambiente social, político e econômico<sup>(10)</sup>. Tais ações podem ser elaboradas e implementadas por meio de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais influenciando as respostas humanas<sup>(11)</sup>.

### Diagnósticos de bem-estar

As respostas de bem estar são descritas como aquelas que apresentam um padrão de controle suficiente para satisfazer as necessidades, podendo ser reforçado<sup>(6)</sup>. Observou-se que a maioria dos idosos apresentou disposição para desenvolver habilidades para promover sua saúde, como observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio-Promoção da Saúde, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-

escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (n=25)

Diagnósticos	f (%)	Características definidoras	f (%)
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	16 (64)	Escolhas do dia-a-dia adequadas para satisfazer os objetivos do tratamento ou prevenção	9 (56,2)
		Expressa desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de sequelas	7 (43,7)
		Expressa pouco ou nenhuma dificuldade em regular um ou mais regime de tratamento prescrito para a doença ou prevenção de complicações	1 (6,2)
Disposição para nutrição melhorada	13 (52)	Expressa desejo de melhorar sua nutrição	7 (53,8)
		Ingere alimentos e líquidos adequados	4 (30,7)
		Alimenta-se regularmente	1 (7,6)
		Sua atitude em relação a comer e beber coincide com seus objetivos alimentares	1 (7,6)
		Expressa conhecimentos sobre alimentos e líquidos saudáveis	1 (7,6)

A categoria diagnóstica **disposição para o controle aumentado do regime terapêutico** foi identificada em 16 idosos (64%). Segundo a NANDA<sup>(6)</sup>, *é um padrão para regular e integrar no dia-a-dia programa (s) de tratamento de doenças e suas sequelas, que é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado.*

Desejar ou expressar escolhas adequadas para satisfazer o seu tratamento do dia-a-dia mostra que nem sempre esse desejo de mudanças no cotidiano atende ao regime terapêutico, sendo necessárias adaptações bem-sucedidas ao longo da vida. Por isso, expressar desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de sequelas, principalmente entre os clientes com doenças crônico-degenerativas, deve receber cuidados contínuos, ou seja, participar de programas de manutenção da saúde individual ou grupal a fim de reforçar as orientações em saúde e evitar complicações e, conseqüentemente, as reinternações.

É importante capacitar as pessoas durante toda a vida para as diversas fases da existência que

incluem o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde<sup>(12)</sup>. Por meio da educação em saúde, podemos desencadear mudanças de comportamento individual e, também provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população que não sejam centradas somente no período de internação hospitalar<sup>(13)</sup>.

O diagnóstico **disposição para nutrição melhorada** encontrado em 52% dos idosos estudados, é definido como *um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado*<sup>(6)</sup>. Os idosos referiram que ao retornarem para seus domicílios desejavam manter uma alimentação adequada, pois sentiam bem-estar, embora considerassem uma tarefa difícil.

Apenas um idoso relatou que se alimenta regularmente e que suas atitudes, em relação a comer e beber, coincidem com seus objetivos alimentares. As principais dificuldades em manter um regime alimentar sustentam-se na inclusão da dieta na rotina doméstica e isso se potencializa com o envolvimento da família no regime terapêutico e participação em atividades associativas e grupais de manutenção da

saúde. Essas devem incluir alimentos variados, de acordo com a rotina e possibilidade financeira, e incluindo os eventos sociais dos sujeitos. Durante o processo de alta, ainda na internação é necessário que a enfermeira reforce medidas alimentares propostas anteriormente para que possa cumprir em seu domicílio e serem continuadas na atenção básica.

Portanto, a presença de diagnóstico de bem-estar no domínio Promoção da saúde revela a necessidade da concretização de políticas de saúde como ações de promoção de saúde para o desenvolvimento de comportamentos de busca e manutenção da saúde.

### Diagnósticos reais

Os Diagnósticos de Enfermagem Reais descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem no indivíduo família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações de sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de pistas ou inferências relacionadas. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem-DE reais dos idosos no domínio de promoção da saúde da Taxonomia II da NANDA.

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio-Promoção da Saúde, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro 2007(n=25)

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Controle ineficaz do regime terapêutico	14 (56)	Déficit de conhecimento	14 (100)	Verbaliza que não agiu para reduzir fatores de risco para a progressão da doença e de sequelas	14 (100)
		Déficit de suporte social	12 (85,71)	Verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de sequelas	14 (100)
		Barreira percebida	12 (85,71)	Verbaliza que não agiu para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias	11 (78,5)
		Dificuldades econômicas	10 (71,4)		
		Complexidade do regime terapêutico	2 (14,2)		
Controle eficaz do regime terapêutico	11 (44)	Conhecimento básico sobre o tratamento	11 (44)	Escolhas apropriadas de atividades diária para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção	10 (90,9)
				Verbalizar desejo de controlar tratamento da doença e a prevenção de sequelas	1 (9,1)
Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico	1 (4)	Desentendimento com a equipe de saúde	1 (100)	Os recursos da assistência à saúde são insuficientes para incidência ou prevalência das doenças	1 (100)

A maioria dos entrevistados apresentou o diagnóstico de **controle ineficaz do regime terapêutico**. Este é conceituado como *padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e sequelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde*<sup>(6)</sup>.

Mesmo almejando a promoção da saúde, a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento pode ser acompanhada de falhas no sistema, como: fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente; dificuldade de integração do processo de atenção ao cuidado das pessoas, elevado fluxo de atendimento e prioridades dos programas<sup>(14)</sup>. Por isso, os programas de educação permanente, do Ministério da Saúde vêm focalizando tais problemáticas buscando a conscientização dos agentes de saúde para atenção integral como uma das metas da promoção da saúde<sup>(15)</sup>.

Os idosos relataram *déficit* de conhecimento como justificativa para a ineficácia do controle do regime terapêutico, por possuírem baixa escolaridade. Devemos considerar a realidade concreta dos sujeitos, sua moradia, sua renda, sua cultura, sua posição sócio-histórica no mundo, vindo ao encontro da necessidade de ações construtivas de educação em saúde.

Quanto às barreiras percebidas podem-se destacar as dificuldades dos sujeitos e profissionais estabelecerem vínculos apropriados para superarem com bem-estar a complexidade do regime terapêutico das doenças crônico-degenerativas. Talvez isso se relacione com a dificuldade dos indivíduos associarem tal complexidade com uma condição crônica de saúde. Já que a condição aguda é a que oferece risco iminente de vida, não associando esses ciclos de agudizações com as condições crônicas de saúde. E com isso, mais uma vez ressaltamos a necessidade do conhecimento desse processo saúde-doença para eficácia no controle do regime terapêutico.

Outros fatores relacionados muito importantes para a ineficácia do regime terapêutico são: a não abrangência na Estratégia Saúde da Família; não ter os medicamentos disponíveis na rede; e não ter o programa do idoso com os serviços necessários para reabilitação e manutenção da saúde. Além das dificuldades econômicas devido a baixa renda desses indivíduos, que podem sofrer maiores processos de agudizações por terem mais dificuldades em obterem os tratamentos adequados para estabilização dos quadros crônicos.

Esses fatores relacionados ressaltam a

problemática das reinternações e do uso dos serviços especializados de saúde pelos idosos. Para isso, torna-se essencial a construção de uma rede de atendimento à saúde que viabilize o sistema de referência e contra-referência, dando seguimento longitudinal a uma construção lógica de integração dos vários serviços, departamentos e profissionais. Sendo analisado como um processo de regionalização da saúde, suprimindo a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde nos distintos níveis e diferentes municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível<sup>(14)</sup>.

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte dos Hospitais Gerais, da rede estadual, sendo que recentemente foi criado em nosso município o primeiro centro especializado contribuindo para a prevenção de agravos, sendo este o propósito basilar de sua política de criação. As repercussões em longo prazo do fortalecimento das redes de apoio ao idoso constituem uma estratégia para a redução de internações, hospitalizações de longa permanência, reinternações e óbitos.

As características definidoras prevalentes para o diagnóstico **controle ineficaz do regime terapêutico** foram: verbaliza que não agiu para reduzir fatores de risco para a progressão da doença e de sequelas (100%), verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de sequelas (100%) e verbaliza que não agiu para incluir os regimes de tratamento nas rotinas diárias (78,5%). Como discutido anteriormente há uma 'lacuna' entre o conhecimento, o desejo e a inclusão de medidas de promoção da saúde.

E é nessa lacuna que almejamos o cuidado de enfermagem auxiliando os idosos a adotarem medidas saudáveis de vida. Essas ações incluem espaços de ajuda mútua entre os idosos; de reflexão crítica sobre seu estado de saúde e de sua cidadania; e análise ampliada dos fatores determinantes do processo saúde-doença. Portanto, não visam ações curativas de uma determinada doença, mas ações programáticas de autocuidado para a população idosa, garantindo sua especificidade, a autonomia e a independência.

Encontramos em 11 (44%) idosos o diagnóstico de enfermagem **controle eficaz do regime terapêutico**. Este se refere ao *padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde*<sup>(6)</sup>.

Esse diagnóstico foi caracterizado por escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção (90,9%) e verbaliza desejos de controlar tratamento da doença e a prevenção de seqüelas (9,1%). Mesmo que os idosos tenham apresentado escolhas adequadas e um padrão eficaz para a manutenção da saúde, ainda assim tiveram que ser hospitalizados, isso pode ser explicado devido as alterações fisiológicas do envelhecimento e as modificações ocorridas durante essa etapa. Por isso sugerimos o desenvolvimento do fator relacionado ainda não catalogado na NANDA<sup>(6)</sup>: **conhecimento básico sobre o tratamento** encontrado em (44%) dos idosos deste estudo.

A proposta essencial da estratégia saúde da família é reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário. Também visa prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população. Na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem, identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada; proporcionar o estabelecimento de parcerias visando a manutenção e a recuperação da saúde da população e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social<sup>(16)</sup>.

Essas são ações que acreditamos ter influenciado para presença de tal diagnóstico de enfermagem, pois o **controle eficaz do regime terapêutico** foi apresentado por idosos que referiram fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Esta busca melhorias de saúde, funcionando como um elo entre pacientes e profissionais de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, a fim de abranger a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde<sup>(17)</sup>.

As ações de educação em saúde são desenvolvidas para que os indivíduos adotem hábitos saudáveis para a prevenção, controle e busca de saúde, dentre elas destacamos a prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, cessação da ingestão de bebidas alcoólicas e do hábito de fumar. Essas devem ser desenvolvidas em todas as fases do ciclo vital e mesmo no processo do envelhecimento, se aplicadas, produzem efeitos na recuperação e manutenção da saúde e, assim, devem ser estimuladas ainda no ambiente hospitalar visando a manutenção no domicílio.

Já o diagnóstico **controle comunitário ineficaz**

**do regime terapêutico** foi encontrado em um idoso (4%). Este diagnóstico é definido<sup>(6,69)</sup> como um “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento e sequelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”.

Esse diagnóstico foi caracterizado por recursos da assistência a saúde insuficientes para incidência ou prevalências das doenças (100%). A população coberta pela ESF, em Goiânia, é de 35,5% e em Goiás 57,13%<sup>(18)</sup>.

Somente um idoso apresentou esse diagnóstico, afirmando que embora sua região fosse coberta pela ESF, os serviços dispostos pela unidade básica não eram utilizados por ele, resultado de desentendimento pela posse de terreno no passado, entre a família e a comunidade. Como reflexo, a família se queixa que só recebe visitas eventuais dos agentes comunitários de saúde. Por isso sugerimos o desenvolvimento do fator relacionado: **desentendimento com a equipe de saúde**, ainda não catalogado na NANDA<sup>(6)</sup>, sendo esse encontrado em um paciente com o diagnóstico de controle comunitário ineficaz do regime terapêutico.

Entre os desafios enfrentados pelo enfermeiro inserido na atenção básica estão: a necessidade de criar vínculos e desenvolver relacionamentos duradouros, fazer parte de uma equipe multiprofissional e unir forças, com o propósito de proporcionar bem-estar aos pacientes. Isto se torna fator primordial para os trabalhadores da atenção básica, demonstrando com isso o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, ampliando a resolutividade e reorganizando o sistema de saúde.

## CONCLUSÃO

Percebe-se que os pacientes em alta estão dispostos a buscar saúde, mas somente este comportamento não suprirá a manutenção da saúde, porque os profissionais de saúde não forneceram informações necessárias para a prevenção e controle da sua doença no ambiente hospitalar.

A população pesquisada foi composta por idosos que, em sua maioria, demonstraram desejo de manutenção de comportamentos de busca de saúde, o que deve ser valorizado de modo a criar estratégias que garantam a continuidade da assistência do idoso, seja por meio do autocuidado ou do cuidado realizado pelos familiares/cuidadores. A resposta de controle ineficaz do regime terapêutico nos leva a repensar que o atual modo de atendimento fragmentado e fragilizado

contribui para a senilidade, por isso deve-se enfatizar a implementação da integralidade no cuidado para os idosos, ou seja, integração da rede hospitalar para o sistema ambulatorial e atenção básica e vice-versa.

As respostas apresentadas no domínio pesquisado demonstram dificuldades do idoso diante dos agravos de saúde identificados pelo controle ineficaz do regime terapêutico e evidencia as potencialidades do idoso frente a questões relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, evidenciadas nos diagnósticos de disposição.

Os resultados permitiram identificar lacunas no atendimento à saúde oferecido pelos profissionais de saúde, em especial os da enfermagem. Para o preenchimento desta lacuna é necessário que os profissionais re-signifiquem o momento de alta hospitalar no atendimento, bem como a inserção do hospital no SUS e o compromisso com a resolutividade do atendimento.

É necessário que se estabeleça relação extensiva entre a atenção básica e o ambiente hospitalar, valorização do autocuidado e do acompanhamento longitudinal pelos profissionais de saúde desta clientela, favorecendo assim o envelhecimento saudável, ativo e independente.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Wong LIR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saúde Publ.* 2008;24(3):597-605.
2. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Publ.* 2007 Out;23(10):2467-78.
3. Peixoto SV, Giatti L, Alfradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [online]. 2004 Dez;13(4):239-46.
4. Dalri MCB, Carvalho EC. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002 Nov;10(6):787-93.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
7. Guerra IC, Ramos-Cerqueira ATA. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. *Cad Saúde Publ.* 2007 Mar;23(3):585-92.
8. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christesen PJ, Kenney JW. *Nursing process application of conceptual models.* St. Louis: Mosby; 1995
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996
10. Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UNATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro(RJ): FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
11. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2003 Fev;7(12):101-22.
12. Felix AP, Martins AP, Dyniewicz AM. Capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2008 Jan/Mar;13(1):124-131.
13. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Publ.* 1997 Abr;31(2):209-12.
14. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Publ.* 2007 Fev;23(2):399-407.
15. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2005 Set/Fev;9(16):39-52.
16. Ronzini TM, Silva CM. O programa saúde família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Col.* 2008 Jan/Fev;13(1)23-34.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAB: o Sistema de Informação da Atenção Básica. DATASUS (Departamento de informática do SUS), Informações de Saúde. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c01.htm>.