

Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar¹

Nursing diagnoses identification of the domain security/protection for elderly people admitted in the hospital system

Identificar los Diagnósticos de Enfermería del dominio seguridad/protección de los ancianos internados

Helisamara Mota Guedes^I, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani^{II}, Rosimere Ferreira Santana^{III}, Maria Márcia Bachion^{IV}

¹ Recorte ampliado da dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) intitulada "Diagnósticos de enfermagem identificados na admissão hospitalar de idosos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis". Este estudo recebeu financiamento da CAPES.

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Docente do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, Timóteo, MG. Email: helisamaraguedes@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da FEN/UFG. Email: adelia@fen.ufg.br.

^{III} Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Psicogeriatría. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Universidade Federal Fluminense e da Pós-Graduação em Enfermagem Gerontológica. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Gerontológica. Email: rosifesa@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da FEN/UFG. Email: mbachion@fen.ufg.br

RESUMO

É freqüente o fenômeno de re-internações de idosos. Assim, é necessário conhecer as respostas humanas de idosos, no momento da admissão hospitalar, para que se possa traçar atendimento adequado. Esta pesquisa objetivou: analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem (DE) do domínio Segurança/Proteção, da Taxonomia II da NANDA, na admissão hospitalar de idosos. O estudo descritivo foi realizado na clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, de abril a outubro de 2007. Foi utilizado um protocolo previamente validado para a coleta de dados. Para análise dos dados foi adotado o processo de raciocínio clínico proposto por Risner, e procedimentos de estatística descritiva. Participaram 28 idosos, sendo 75% do sexo masculino, 86,4% tinham entre 60 a 79 anos, 71,4% casados, 75% católicos, 42,9% estudaram de um a três anos e 67,8% possuíam rendimento de até dois salários. Foi identificado que 100% dos idosos apresentaram o diagnóstico Dentição Prejudicada, 100% Risco de Infecção, 57,1% Risco de Quedas, 14,2% Integridade da Pele Prejudicada e 3,5% Hipertermia. Estes diagnósticos de enfermagem indicam os focos da prática que devem ser priorizados, demandando ações não só durante a permanência no hospital, mas também no domicílio, contribuindo com a diminuição das internações e re-internações hospitalares.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

In accordance with the necessity of rethinking the nurse performance towards to the health program of elderly people, it appears the necessity of knowing these people human answers at the moment of the hospital admission. This research had as objective: to analyze the nursing diagnosis profile (OF) of the domain Security/ Protection, of Nanda Taxonomy II, in the hospital admission of elderlies. The descriptive study was carried out in the West-Centre Region School Hospital medical clinic, from April to October, 2007. A previous validated protocol was used for data collection. For the data analysis it was adopted a clinical reasoning process proposed by Risner, and procedures of descriptive statistics. 28 aged people had taken part, 75% of these were masculine gender, 86,4% had between 60 to 79 years old, 71,4% married, 75% Catholics, 42,9% had studied from one to three years, 35,1% had an income up to two salaries. It was identified that 100% of these people had presented Harmed Dentition diagnosis, 100% Infection Risk, 57,1% Falls Risk, 14,2% Harmed Skin Integrity and 3,5% Hyperthermia. Inferring that these nursing diagnostics should be aimed as systematized nursing care, assuring aged people protection against present environment risks, whether in the hospital or in their houses, contributing with the hospital decrease internments and re-internments.

Descriptors: Nursing; Nursing Diagnosis; Aged; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Dada la necesidad de repensar el papel de una enfermera en la salud de las personas de edad avanzada, es necesario comprender las respuestas humanas de las personas de edad en el momento de ingreso en el hospital. La pesquisa tuvo como objetivo: analizar el perfil de Diagnósticos de Enfermería (DE) del dominio de Seguridad/Protección, de la Taxonomía II da NANDA (2006), en la hospitalización de ancianos para tratamiento clínico. El estudio descriptivo fue realizado en la clínica médica de un Hospital Escuela de la Región Centro-Oeste, entre los meses de abril y octubre de 2007. Siendo utilizado un protocolo previamente validado para la coleta de datos. Para análisis de los datos fueron adoptados proceso de raciocinio clínico propuesto por Risner y procedimiento de estadísticas descriptiva. Participaron veintiocho ancianos siendo: 75% del sexo masculino, 86,4% tenían de 60 a 78 años, 71,4% casados, 75% católicos, 42,9% estudiaron de uno a tres años y 67,8% poseían rendimientos de hasta dos sueltos mínimos. También fue identificado que 100% de los ancianos presentaban el diagnóstico de Dentiación Deficiente, 100% de Riesgo de Infección, 57% de Riesgos de Queda, 14,2% de la Integridad de la piel perjudicada y 3,5% de Hipertermia. Infieren que, esos diagnósticos de enfermería, deben ser motivo de atención y cuidados sistematizados de enfermeros; ya que visan proteger al anciano contra riesgos presentes en el ambiente, tanto hospitalario cuanto domiciliar, contribuyendo con la disminución de la hospitalización y de los retornos hospitalarios.

Descritores: Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Anciano; Enfermería geriátrica.

INTRODUÇÃO

O rápido crescimento da população idosa vem produzindo impacto no sistema de saúde, com elevação da utilização dos serviços e dos custos, devido a altas taxas de hospitalizações, re-admissões e prolongada permanência hospitalar. Esse fenômeno é decorrente da presença de múltiplas doenças crônicas que perduram por vários anos exigindo assistência das equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas de saúde⁽¹⁻⁴⁾.

No Brasil, estudo de base populacional identificou que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 15% pelo menos cinco⁽¹⁻²⁾. A presença de enfermidades também pode ser observada no levantamento realizado em equipes de Saúde da Família da região Leste do Município de Goiânia-GO, em que 74,9% dos idosos possuíam uma ou mais doenças, principalmente hipertensão arterial⁽⁵⁾.

As estatísticas de internações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2001, revelaram que os idosos representavam 8,5% da população atendida, consumindo 1.267 bilhões de reais em hospitais, enquanto que a população de 0 a 14 anos, que representa 29,6% da população brasileira total, demandou gastos 922 milhões⁽⁴⁾.

A enfermagem é a categoria profissional mais próxima do paciente durante sua internação e, está presente desde sua chegada até sua saída do hospital. Por isso, há necessidade de investigar formas de atuação para otimizar a assistência de enfermagem. O processo de enfermagem é instrumento facilitador da assistência e é composto por cinco etapas distintas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

O diagnóstico de enfermagem é a fase em que se estabelecem as necessidades de cuidados e auxilia a equipe de enfermagem a definir prioridades de ações, selecionando as intervenções para atingir resultados esperados, facilita os registros de enfermagem e a comunicação entre os enfermeiros⁽⁶⁾. Segundo a *North American Nursing Association* (NANDA) o diagnóstico de enfermagem é definido como "julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade em relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar, numa estrutura designada, resultado nos quais a enfermagem é necessária"⁽⁷⁾.

A Taxonomia II da NANDA é reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia de diagnóstico de enfermagem e compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Os 13 domínios: Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso,

Percepção/Cognição, Auto-percepção, Relacionamentos de papel, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, Princípios de vida, Segurança/Proteção, Conforto e Crescimento/Desenvolvimento⁽⁷⁾.

O domínio Segurança/Proteção refere-se ao indivíduo estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perdas e proteção da segurança e seguridade⁽⁷⁾. Este domínio assume expressão especial na população idosa, uma vez que os idosos são mais vulneráveis a lesões físicas e imunológicas, devido a diminuição da reserva funcional, caracterizada pelo processo de envelhecimento que pode ser agravada e acelerada pela presença de múltiplas doenças crônico-degenerativas.

Considerando que a assistência de enfermagem é desenvolvida com foco nas condições identificadas que requerem intervenção profissional, é mister visualizar claramente quais situações a população idosa apresenta na admissão hospitalar, que demandam atendimento por parte da equipe de enfermagem.

Conhecer os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos idosos nestas circunstâncias pode gerar informações para o desenvolvimento de protocolos de assistência, para direcionar o ensino de graduação em geriatria e gerontologia, proporcionar subsídios para elaboração e avaliação na área de políticas públicas voltadas para saúde do idoso, além de apontar perspectivas para pesquisas futuras.

Frente ao exposto, o estudo tem como objetivo analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA, do Domínio Segurança/Proteção na admissão hospitalar de idosos atendidos para tratamento de enfermidades crônicas não transmissíveis.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, derivada de um projeto integrado de investigação intitulado "Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de Hospital Universitário da Região Centro-Oeste", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 171/06).

O cenário da pesquisa foi a Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, que presta atendimento à saúde exclusivamente pelo SUS, em procedimentos de baixa, média e alta complexidade, urgência e emergência.

Foram incluídos no estudo 28 idosos, tendo como critérios de inclusão: ter idade igual ou acima de 60 anos; estar internado no período de coleta de dados; referir-se em condições físicas e emocionais de responder às perguntas; ter sido admitido na

clínica médica até 24 horas antes do procedimento de coleta de dados. Caso um sujeito do estudo reinternasse no período de coleta de dados seria automaticamente excluído da amostra. Como critério de exclusão considerou-se: a presença de intercorrência de saúde com piora do estado geral de saúde do idoso, dispnéia ou qualquer outra alteração durante a coleta de dados que contra-indique os procedimentos desta.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza do trabalho, seus objetivos e procedimentos envolvidos; posteriormente, foi solicitada sua participação na pesquisa. Os que recusaram não sofreram prejuízo do atendimento à saúde oferecido pela instituição. Em caso de aceitação, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo ao disposto na Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, que trata de Pesquisas com Seres Humanos.

Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo de investigação do domínio Segurança/Proteção da

NANDA⁽⁷⁾ que incluiu várias técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada, aplicação de escalas, exame físico e levantamento documental nos prontuários.

Os dados obtidos foram analisados de acordo com o raciocínio clínico proposto por Risner⁽⁸⁾ que consiste em categorização dos dados e a identificação de lacunas, no processo de síntese realizamos o agrupamento de dados, comparação dos dados com a teoria sustentadora e a identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). Para padronização diagnóstica utilizou-se a edição da NANDA de 2006-2007, a mais recente durante o período da pesquisa realizada de abril a outubro de 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos sujeitos do estudo

Os sujeitos foram caracterizados quanto às variáveis sócio-demográficas, segundo o gênero (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos idosos segundo o perfil sócio-econômico-demográfico, segundo o sexo. Clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, 2007.

Características	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
60 a 64 anos	2	7,1	5	17,9	7	25
65 a 69 anos	1	3,6	6	21,4	7	25
70 a 74 anos	2	7,1	4	14,3	6	21,4
75 a 79 anos	2	7,1	5	17,9	7	25
80 ou mais	0	0	1	3,6	1	3,6
Sexo	7	25	21	75	28	100
Estado Civil						
Casado/união consensual	3	10,7	17	60,7	20	71,4
Separado/divorciado	2	7,1	3	10,7	5	17,9
Viúvo	2	7,1	1	3,6	3	10,7
Religião						
Católico	6	21,4	15	53,6	21	75
Evangélico	1	3,6	6	21,4	7	25
Escolaridade						
Sem instrução e menos de 1 ano	2	7,1	7	25	9	32,1
1 a 3 anos	1	3,6	11	39,3	12	42,9
4 anos	1	3,6	1	3,6	2	7,1
5 a 7 anos	2	7,1	1	3,6	3	10,7
8 a 10 anos	1	3,6	0	0	1	3,6
11 ou mais	0	0	1	3,6	1	3,6
Renda mensal						
Sem rendimento	2	7,1	1	3,6	3	10,7
Até 2 salários	3	10,7	15	57,1	19	67,8
Mais 2 a 3 salários	1	3,6	4	14,3	5	17,9
Mais de 3 a 5 salários	1	3,6	0	0	1	3,6

A maioria dos idosos era do sexo masculino (75%), tinha entre 60 a 69 anos (50%), casados (71,4%), católicos (75%), estudara de um a três

anos (42,9%), possuía rendimento de até dois salários (67,8%).

Embora haja feminilização da velhice^(1-2,9-10), os homens parecem apresentar saúde mais precária, estando mais suscetível à internação.

Na amostra estudada, predominou idosos com vida conjugal e baixa escolaridade, assim como tido em outros estudos⁽⁹⁻¹⁰⁾. Quanto a idade observamos uma minoria de idosos da quarta idade, ou seja, na faixa etária de 80 anos ou mais⁽¹¹⁾. Predominou na amostra a faixa etária de 60-69 anos e 70-79 anos com praticamente a mesma proporção. Trata-se do grupo de mais expressão entre os idosos na população. Estes idosos jovens correm um risco maior de desenvolverem as doenças crônico-degenerativas associado ao início do processo de envelhecimento, aumentando a ocorrência de complicações por não aderência ao regime terapêutico e hábitos saudáveis de vida.

O achado de predomínio do sexo masculino na amostra difere dos resultados de alguns estudos^(9-10,12). Estes dados apontam para a necessidade de estratégias de promoção de saúde, como adoção de hábitos saudáveis de vida: abandono de etilismo, tabagismo, adoção de dieta e atividade física, enfocando o gênero masculino⁽¹³⁾. Estas poderão retardar o aparecimento de enfermidades e possíveis internações por complicações e/ou agudizações de condições crônicas de saúde.

A maioria dos idosos eram aposentados (85,7%), residiam com cônjuge, filhos ou netos

(93,9%) e possuía filhos (96,4%). A presença de domicílios multigeracionais retrata um traço cultural mais evidente nos países em desenvolvimento e está associado com baixo nível socioeconômico, onde 51,4% dos idosos sustentam os lares brasileiros⁽²⁾. A esta organização da família pode ser entendida como fator de proteção do isolamento social, promovendo suporte e apoio, principalmente no caso dos idosos hospitalizados⁽¹⁴⁾. A viuvez (10,7%) teve pouca expressão na clientela investigada.

Renda e escolaridade baixas podem dificultar o acesso à informação e aos serviços de saúde, e atualmente representam um dos desafios a serem superados pelos profissionais de saúde para a promoção de um envelhecimento populacional saudável⁽¹³⁾.

Neste estudo, a religião foi descrita pelos sujeitos como suporte de enfrentamento dos desvios de saúde e como potencializadora na formação de rede de suporte, promovendo espaços de socialização para os idosos.

Diagnósticos de Enfermagem reais

No domínio Segurança/Proteção, conforme pode ser visto na Tabela 2, foram identificados na amostra estudada os diagnósticos reais: Dentição Prejudicada (100,0%), Integridade da Pele Prejudicada (14,2%) e Hipertermia (3,5%).

Tabela 2: Distribuição dos fatores relacionados e as características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Segurança/Proteção, identificados na admissão dos idosos (n=28). Clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, 2007.

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Dentição Prejudicada	28	100	barreiras econômicas e de acesso aos cuidados profissionais,	17	60,7	perda de dentes	11	39,2
			higiene oral ineficaz	17	60,7	ausência de todos os dentes	11	39,2
			uso crônico de tabaco	9	32,1	ausência de alguns dentes	5	17,8
			falta de conhecimento sobre a saúde dental	6	21,4	dor de dente	1	3,5
			uso crônico de tabaco e café	5	17,8	Dentes desgastados ou estragados	1	3,5
			barreiras ao autocuidado	3	10,7			
Integridade da pele prejudicada	4	14,2	uso de alguns medicamentos prescritos	1	3,5			
			circulação alterada	4	100	destruição das camadas da pele	4	100
			alterações metabólicas	2	50			
Hipertermia	1	3,5	imobilização física	1	25			
			Doença (processo inflamatório)	1	100	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros	1	100

O diagnóstico *Dentição Prejudicada* foi encontrado em todos os idosos (100,0%) e refere-se "a distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo"⁽⁷⁾. As causas identificadas para esse diagnóstico referem-se a

barreiras econômicas ou de acesso a outros profissionais (60,7%), higiene oral ineficaz (60,7%), uso crônico de tabaco (32,1%), falta de conhecimento sobre a saúde dental (21,4%). Os idosos desta amostra relataram dificuldade de acesso ao dentista pelo fato de residirem na zona rural na infância e adolescência e falta de conhecimento sobre a importância dos cuidados com a higiene dental, incluindo os cuidados com a prótese dentária. Metade dos idosos (50,0%) fumou durante a vida adulta e, apenas dois fumavam até o momento da coleta de dados.

Este diagnóstico foi caracterizado pela ausência de alguns ou de todos os dentes (57,0%), perda de dentes (39,2%), dor de dente (3,5%) e dentes desgastados ou estragados (3,5%). Este estudo considerou o termo "ausência de dentes" como a falta completa dos dentes e a "perda de dentes" foi considerada diante do relato dos idosos de um processo gradual de perda dos mesmos. No levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, no Brasil, foi constatado que com o aumento da faixa etária aumenta o número de dentes ausentes e, isto não é consequência do envelhecimento normal, pois quando os dentes são bem tratados, podem permanecer íntegros por toda vida⁽¹⁵⁾.

Na terceira idade, as principais causas da ausência de dentes e do uso de próteses totais são decorrentes de cáries não tratadas e da periodontite, embora estes agravos possam ser preveníveis. No presente estudo, os idosos declararam que a visita ao dentista ocorria somente na causa de dor aguda, com consequente extração dos dentes para colocação de prótese, alegando ser o método disponível e culturalmente aceito pela população. Estas alterações dentárias podem contribuir de forma significativa no surgimento de distúrbios nutricionais⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico *Integridade da Pele Prejudicada* é definido como "epiderme e/ou derme alteradas"⁽⁷⁾ e foi identificado em 4 (14,2%) idosos. As causas observadas referem-se a circulação alterada (100,0%), alterações metabólicas (50,0%) e imobilização física (25,0%), sendo caracterizado pela destruição das camadas da pele.

Dos idosos que apresentaram este diagnóstico, três haviam sido internados anteriormente, devido a úlcera venosa em membros inferiores (10,7%) e outro idoso (3,5%) apresentou úlcera de pressão na região sacral devido a longo período de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Estudo indica que as úlceras venosas de estase apresentam prevalência de aproximadamente 0,3%, ou seja, um em 350 adultos, na população em geral, predominando nas pessoas com mais de 60 anos⁽¹⁷⁾. Trata-se de feridas crônicas suscetíveis à infecções que demandam ações de prevenção e tratamento

multidisciplinar. Quanto à úlcera de decúbito, estudo de prevalência indicam sua ocorrência em 3 a 11% em pessoas hospitalizadas⁽¹⁸⁾. Este agravamento aumenta o tempo de permanência no hospital e o custo geral total do cuidado de saúde, por isso, a equipe de enfermagem do hospital deve oferecer meios que propiciem a cicatrização dessa úlcera incluindo cuidados locais, tais como curativos e alívio de pressão, e sistêmicos, tais como aporte de nutrientes e hidratação adequados. Ambas condições de integridade da pele prejudicada demandam ações integradas no sistema de referência e contra-referência.

O envelhecimento também acarreta alterações cutâneas que ocasionam perda da espessura da derme, de aproximadamente 20% em indivíduos. A redução das células de Langerhans (células do sistema imune da pele que possuem a capacidade de fagocitar, atuando no processamento primário de antígenos), torna o idoso mais susceptível a invasões de microorganismos, principalmente na ocorrência de soluções de continuidade da pele. Além disso, a diminuição do colágeno em 1% ao ano diminui a resistência da pele, além de dificultar a cicatrização. Tudo isso, pode contribuir para o surgimento de lesões pela facilidade de cisalhamento da pele, pela perda do tecido de sustentação, que se torna mais frágil e mais susceptível as lesões abrasivas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, encontradas nesse estudo durante a admissão hospitalar.

A *Hipertermia* refere-se à "temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais"⁽⁷⁾. Esta resposta humana foi identificada em um idoso, que apresentou como fator relacionado a doença (processo infeccioso) e foi caracterizado pelo aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros.

Estudo realizado com 60 pessoas hospitalizadas em unidade de clínica médica e cirúrgica encontrou o diagnóstico de Hipertermia em apenas uma pessoa⁽¹⁹⁾. A hipertermia acontece porque os mecanismos de perda de calor são incapazes de manter o ritmo com a produção excessiva de calor, resultando numa elevação anormal da temperatura corporal. Nos idosos ocorre atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, reduzindo a quantidade de transpiração, contribuindo para alterações na termorregulação de perda e retenção de calor. Isto possibilita casos atípicos de processos inflamatórios e infecciosos em idosos, sem que esteja presente a resposta de hipertermia.

Diagnósticos de Enfermagem de risco

Os diagnósticos de risco descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem potencialmente desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis⁽⁷⁾. Dois

diagnósticos de risco foram identificados neste domínio, apresentados na Tabela 3: Risco de Infecção (100,0%) e Risco de Quedas (57,1%).

Tabela 3: Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Segurança Proteção, identificados na admissão dos idosos (n=28). Clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, 2007.

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Fator de risco	n	%
Risco de infecção	28	100,0	exposição ambiental a patógenos aumentada.	28	100,0
			doença crônica	28	100,0
			defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, diminuição da ação ciliar, estase de fluidos orgânicos)	28	100,0
			procedimentos invasivos	23	82,1
			destruição de tecidos	4	14,3
			defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, leucopenia, diminuição da resposta inflamatória)	2	7,1
			idade de 65 anos	12	75,0
			história de quedas	9	56,2
			dificuldades auditivas	5	31,2
			dificuldades visuais	4	25,0
Risco de quedas	16	57,1	uso de álcool	1	6,2
			ausência de material antiderrapante <i>em escada (no domicílio)</i> .	1	6,2

O diagnóstico *Risco de Infecção* esteve presente em todos os idosos (100,0%). Esta resposta é conceituada como "estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos"⁽⁷⁾. Os fatores de risco predominantes nesse estudo foram: exposição ambiental a patógenos aumentada, doença crônica, defesas primárias inadequadas e procedimentos invasivos.

Estudo realizado na clínica médico-cirúrgica identificou que 58,3% das pessoas hospitalizadas apresentaram o diagnóstico de risco de infecção⁽¹⁹⁾. Os clientes nas instituições de cuidado de saúde têm um risco maior de aquisição de infecções pela propensão do ambiente à alta população de espécies virulentas de microorganismos que podem ser resistentes aos antibióticos; pelo número de profissionais que manipulam diretamente o cliente; e pelo tempo de hospitalização, que tendem a ser aumentada no caso dos idosos. Assim, as medidas a serem implementadas pela enfermagem na admissão hospitalar devem considerar fortemente este risco.

A resposta humana *Risco de Quedas* foi encontrada em 57,1% da amostra. É definida como "Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico"⁽⁷⁾. Os fatores de risco para quedas identificados nos idosos foram: idade maior que 65 anos (75,0%), histórico de quedas (56,2%), dificuldades auditivas (31,2%), dificuldades visuais (25,0%), uso de álcool (6,2%) e ausência de material antiderrapante *em escada* (6,2%).

As quedas podem ser causadas por alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, doenças, efeitos provocados pelo uso de alguns medicamentos

e o meio-ambiente inadequado às condições físicas dos idosos⁽¹⁹⁾. Este incidente é causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte⁽²⁰⁾. As conseqüências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens, podendo inclusive ocasionar a imobilidade. Quanto à gravidade das lesões, as pessoas idosas experimentam mais incapacidades, período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte, se comparadas aos jovens.

O déficit visual e auditivo esteve ligado a dificuldade de enxergar os obstáculos, ouvir a aproximação de pessoas e veículos automotores. O uso de bebidas alcoólicas interferiu no equilíbrio e marcha destes gerontes.

Os idosos relataram histórico de quedas no ambiente domiciliar, vias públicas, e um sujeito no ambiente hospitalar. No ambiente hospitalar, a queda representa fator negativo à qualidade de assistência. Considerando os fatores de risco presentes nos idosos intrínsecos da saúde e os profissionais devem atentar-se para possibilidades de quedas em idosos desde sua admissão.

Medidas de prevenção de quedas podem ser viáveis, dentre elas destaca-se, presença de corrimão, leitos apropriados, boa iluminação e, pisos antiderrapantes. Essas promovem uma dignidade e promoção da incapacidade e dependência de terceiros para sua locomoção.

CONCLUSÃO

Os idosos admitidos na clínica médica que participaram do estudo eram a maioria homens, com faixa etária de 60 a 79 anos, católicos, de baixa escolaridade, renda mensal de um a três salários mínimos, portadores de uma enfermidade ou mais e com história de internação anterior. Estas características devem direcionar a abordagem que deve ser utilizada pela equipe de enfermagem na atenção à saúde do idoso no cenário da pesquisa, especialmente, a coleta de dados para a identificação das respostas humanas e o planejamento das ações de enfermagem.

Em relação ao objetivo proposto, alcançou-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem do domínio Segurança/Proteção, obtendo: dentição prejudicada (100,0%) risco de infecção (100,0%), risco de quedas (57,1%), integridade da pele prejudicada (14,2%) e hipertermia (3,5%). A promoção de cuidados de enfermagem sistematizados no domínio em questão pode proteger a pessoa idosa contra riscos presentes no ambiente hospitalar. Para estender-se ao contexto domiciliar, é necessário desenvolver mecanismos de implementação do sistema de referência e contra-referência, em busca de atendimento integral, na perspectiva de diminuição das internações e reinternações hospitalares neste grupo.

A resolutividade destas ações se relaciona com orientações adequadas ao idoso, família e, cuidadores com o intuito de prevenir complicações. Ações educativas sejam individuais, grupais, comunitárias ou de massa são esperadas para o alcance dos resultados.

Os diagnósticos potenciais devem ser igualmente identificados, para que os fatores de risco possam ser prevenidos ou minimizados. Na integração com a atenção básica, os diagnósticos de risco identificados podem servir para ações na comunidade envolvendo, um planejamento a curto, médio e longo prazo, com o intuito de evitar as incapacidades, dependência e a morbi-mortalidade, objetivos estes do cuidado de enfermagem gerontológica.

Para o futuro fica a necessidade de validarmos a presença destes diagnósticos em outros cenários e com um número amostral representativo para generalizações e comparações.

Contudo, a validade interna deste estudo contribui para o conhecimento na área dos diagnósticos de enfermagem presentes na população idosa no ato de sua internação hospitalar, permitindo a identificação das necessidades de adequação dos recursos humanos e materiais para atender às demandas deste grupo populacional. Isso pode auxiliar na reestruturação no planejamento da assistência, reforçando suas competências, a integridade e a resolubilidade das ações de

enfermagem. Para o ensino, este estudo colabora com a produção de conteúdos de suporte teórico-científico acerca da temática envelhecimento, promoção da saúde e processo de enfermagem, importantes formação profissional. A pesquisa produziu dados úteis para pesquisadores das áreas de conhecimento afins.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):725-33.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil, 2000 [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2002 [cited 2009 apr 04]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>.
3. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(6):1617-26.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
5. Nunes DP, Jesus DM, Nakatani AYK, Araújo MAS. Descrição da prevalência das doenças crônicas nos idosos atendidos por uma equipe de PSF de Goiânia, Go. In: *Proceedings of the 15th Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia [CD-ROM]*; 2006 jun 06-09; Goiânia, Brasil. p. 87.
6. Carpenito-Moyet LJ. *Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. NANDA International. *Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
8. Risner PB. *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: Christesen PJ, Kenney JW. *Nursing process application of conceptual models*. St. Louis: Mosby; 1995. p 124-p.149.
9. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latino-am Enfermagem [Internet]*. 2003 [cited 2009 apr 03];11(3):305-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16539.pdf>
10. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Públ*. 2004;38(5):687-94.
11. Caldas CP. A Quarta idade: a nova fronteira da Gerontologia. In: Pápaleo Netto M. *Tratado de*

Gerontologia. 2nd ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2007. p. 163-173.

12. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev. esc. enferm. USP. 2007;41(3):395-402.

13. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Gontijo S, translator. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. [cited 2009 apr 04]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

14. Pena SB, Diogo MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(5):663-9.

15. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 2006;10(19):203-16.

16. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev. Nutr. [Internet]. 2000[cited 2009 apr 03];13(3):157-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf>.

17. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An. bras. dermatol. 2006;81(6):509-22.

18. Marini MF. Úlceras de Pressão. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2nd ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2006. p. 654-64.

19. Volpato MP. Diagnóstico de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001.

20. Paschoalin HC, Antonácio R, Bara VMF, Silva GA, Guedes HM. A vulnerabilidade aos acidentes entre os idosos moradores da Fundação Espírita João de Freitas de Juiz de Fora, Minas Gerais. REME: Rev. Min. Enferm. 2004;8(2):321-5.

Artigo recebido em 20.05.08.

Aprovado para publicação em 25.05.09.