

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Lucas Barreto Pires Santos(1); Ana Carolina Regis da Cunha(2); Maria Miriam Lima da Nóbrega (3)

1. *Universidade Federal da Paraíba – [luks\\_barreto@hotmail.com](mailto:luks_barreto@hotmail.com)*; 2. *Universidade Federal da Paraíba – [anacarolinaregis@gmail.com](mailto:anacarolinaregis@gmail.com)*; 3. *Universidade Federal da Paraíba – [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br)*

### RESUMO

Diversos agravos comprometem a saúde do idoso e uma conduta adequada requer uma assistência especializada, que na Enfermagem é feita por meio da implementação do processo de enfermagem. O uso do processo de enfermagem garante uma assistência individualizada e, conseqüentemente, melhores resultados nos procedimentos ao paciente hospitalizado. Este estudo teve como objetivo identificar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pessoas idosas hospitalizadas na clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva realizada no período de setembro a novembro de 2014, com três pessoas idosas, utilizando a técnica do estudo de caso. Para coleta de dados, análise e interpretação das informações utilizaram-se como ferramenta as fases do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação e com fundamentação teórica o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas e a Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem do HULW/UFPB. Antes da realização dos estudos de caso, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os diagnósticos identificados com mais frequência foram: Integridade da pele prejudicada e Risco de Infecção, a partir dos quais foram elencados os principais resultados e as intervenções de enfermagem possibilitando nortear o cuidado a pessoa idosa hospitalizada. Conclui-se que os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções constantes na Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem do HULW/UFPB, contribuem para prestação de cuidados adequados frente às necessidades individuais da pessoa idosa hospitalizada.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Idosos.

### ABSTRACT

Several diseases compromise the health of the elderly and conduct appropriate requires specialist assistance, which in Nursing is done through the implementation of the nursing process. The use of the nursing process provides individualized care and consequently better results in procedures to hospitalized patients. This study aimed to identify the nursing diagnoses, outcomes and interventions on elderly hospitalized in the surgical clinic of the University Hospital Lauro Wanderley (HULW) of the Federal University of Paraíba (UFPB). It is a descriptive exploratory survey conducted in the period September-November 2014, with three elderly, using the technique

of case study. For data collection, analysis and interpretation of information were used as stages the tool of the nursing process: history, nursing diagnosis, planning, intervention and evaluation and theoretical framework the conceptual model of Basic Human Needs and the nomenclature of nursing diagnostics, outcomes and interventions of HULW/UFPB. Prior to the case studies, we were asked to sign the consent form. Nursing diagnoses identified most frequently were: Impaired skin integrity and Risk for infection, from which were listed the main outcomes and the nursing interventions allowing guide the care to hospitalized elderly. We conclude that the statements nursing diagnoses, outcomes and interventions in the nomenclature of nursing diagnostics, outcomes and interventions of HULW/UFPB contribute to providing appropriate care across the individual needs of the hospitalized elderly.

**Key words:** Nursing, Nursing diagnosis, Elderly.

## INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, a prestação de cuidados a saúde da pessoa idosa vem sendo cada vez mais importante. O processo de envelhecimento acompanha diversas alterações fisiológicas, que em geral proporcionam o surgimento de problemas crônicos e necessitam de assistência de enfermagem adequada para prevenção de complicações<sup>1</sup>.

Com o avanço da idade, muitos são os problemas de saúde apresentado por essa clientela, como: a diminuição da integridade da pele, dificuldade de ao dormir, baixa resposta imunológica e aumento do risco de infecção. A avaliação é o primeiro passo para aplicação sistêmica dos conhecimentos específicos da assistência a pessoa idosa, permitindo traçar o perfil de conduta ao paciente sobre os problemas encontrados<sup>2</sup>.

Ao voltar-se para o atendimento de enfermagem individualizado a pessoa idosa, o enfermeiro a partir do julgamento clínico e da análise dos dados coletados, desenvolve pensamento crítico que contribui para o levantamento de hipóteses diagnósticas e intervenções de enfermagem especializadas. Uma interpretação bem-sucedida dos dados encontrados permite a tomada de decisões clínicas necessárias frente aos problemas encontrados no paciente e contribuem na busca de soluções para inquietações vivenciadas na assistência do profissional de enfermagem a fim de minimizar os riscos no cuidado prestado<sup>3</sup>.

Dentre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, o processo de enfermagem aplicado pela sistematização da assistência de enfermagem (SAE) contribui como

ferramenta para atender às necessidades da pessoa idosa que é dividido nas fases: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação, tendo como base teórica o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas. A interdependência dessas fases é fundamental, pois fornece estrutura para tomada de decisões durante o cuidado de enfermagem, tornando mais científica e menos intuitiva. Para tanto, configura-se como instrumentos essenciais para prática de enfermagem, pois facilitam e coordenam a assistência prestada a pessoa idosa<sup>4</sup>.

A avaliação inicial realizada na elaboração do diagnóstico de enfermagem requer atenção especial para condição clínica da pessoa idosa. Alguns diagnósticos de enfermagem na clínica cirúrgica são mais comuns à pessoa idosa, por exemplo, Ansiedade, Risco de infecção, Medo, Dor e Mobilidade física prejudicada<sup>5</sup>.

Nesse contexto, o conhecimento sobre envelhecimento e alterações fisiológicas bem como os saberes que subsidiam a assistência, precisam estar presentes nos processos de trabalho da equipe de enfermagem para que possam identificar as necessidades, os problemas e as reações da pessoa idosa na clínica cirúrgica. Assim, justifica-se a necessidade de um atendimento de qualidade a fim de proporcionar manutenção das condições de saúde a pessoa idosa. Desse modo, o objetivo deste estudo foi identificar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pessoas idosas hospitalizadas na clínica cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, que foi realizada no período de setembro a novembro de 2014 na clínica cirúrgica do HLUW/UFPB com três pessoas idosas, utilizando a técnica do estudo de caso.

Antecedendo a realização da pesquisa foram solicitados aos pacientes ou responsáveis a autorização para realização do estudo de caso, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como também, aprovação pelo Comitê de Ética e

autorização da direção do HULW/UFPB e garantia as observâncias dos aspectos éticos preconizados na Resolução Nº 466/12 do Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Como instrumento de coleta, foi utilizado o histórico de enfermagem, elaborado na clínica cirúrgica e aplicado no levantamento de dados para identificar os enunciados de diagnósticos de enfermagem da pessoa idosa. Os diagnósticos foram identificados e registrados a partir dos enunciados constantes na nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenção de enfermagem do HULW para pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica. Os enunciados de diagnósticos foram validados por meio da realização de estudos de casos em pessoas idosas envolvendo o pensamento crítico da enfermagem sobre determinada resolução do problema encontrado. Para tanto se utilizou o raciocínio diagnóstico sugerido por Gordon<sup>7</sup> que envolve três etapas: coleta dos dados, análise e interpretação das informações e definição do diagnóstico. Após a coleta de dados pelo enfermeiro revisou-se o banco de dados para determinar se ele é preciso e completo.

Após a análise de dados e definição dos diagnósticos, foram determinados os resultados esperados e as intervenções clínicas de enfermagem em resposta as necessidades apresentadas pelo paciente. No caso de ser identificada uma nova situação para o qual não existe um enunciado de diagnóstico de enfermagem para a pessoa idosa, os dados são agrupados, interpretados a partir das diretrizes da CIE utilizam os mesmos eixos da CIPE<sup>®</sup> - foco e julgamento, tendo em vista que a diferença entre os mesmos é habilidade do enfermeiro em identificar o estado de saúde do paciente, problemas e necessidades (diagnóstico) ou se é a resposta dada após a implementação das intervenções.

## **RESULTADO E DISCUSSÕES**

Foram realizados três estudos de caso em pessoas idosas admitidas na clínica cirúrgica. A seguir constam os quadros contendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

### CASO 01:

M.J.L.C., 67 anos, sexo feminino, viúva, evangélica, ensino médio completo, professora aposentada, admitida em 11/09/2014, com queixa principal de prolapso de parede vaginal há 07 meses e incontinência urinária. Cirurgia realizada no dia 15/09/2014, encontrando-se no primeiro dia de pós-operatório de Sling e Colpoclise. Ao exame a paciente apresentou-se consciente, orientada; pele e mucosas normocoradas; venóclise periférica em MSE; sono e repouso prejudicados por fatores individuais; ingestão hídrica pouco satisfatória; higiene corporal satisfatória; expansibilidade torácica bilateral, eupneica, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios; normocárdica, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas sem sopros; abdome globoso, flácido, discretamente distendido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos aumentados queixando-se de gases; eliminações vesical presente de aspecto claro e límpido por SVD e intestinal ausente. Verificados os sinais vitais: T= 36,3°C; P= 80bpm; R= 20irpm; PA= 120x70 mmHg. No dia seguinte foi retirada a sonda vesical, referindo ardência miccional após a retirada da sonda. Apresentava-se ansiosa para receber alta hospitalar.

**Quadro 1.** Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso 1. João Pessoa, 2015.

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Necessidades psicobiológicas</b>			
<b>Eliminação</b>	Eliminação intestinal prejudicada	Eliminação intestinal melhorada	- Aumentar a ingestão hídrica; - Encorajar a deambulação; - Ensinar exercícios de estímulo do peristaltismo;
<b>Sono e</b>	Sono e repouso	Sono e repouso	- Orientar o repouso durante o dia;

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>repouso</b>	prejudicados	melhorados	- Ensinar técnicas de relaxamento;
<b>Integridade física e cutâneo mucosa</b>	Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	- Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos; - Realizar curativo diário ou quando necessário;
<b>Regulação imunológica</b>	Risco de infecção	Redução do risco de infecção	- Avaliar os cuidados com a higiene; - Monitorar os sinais e sintomas de infecção;
<b>Necessidade psicossocial</b>			
<b>Segurança emocional</b>	Ansiedade moderada	Ansiedade melhorada	- Explicar a necessidade de permanecer no hospital para melhora do quadro clínico.

## CASO 02:

J.F.L., 64 anos, sexo masculino, casado, católico, analfabeto, agricultor, admitido em 24/09/2014, com histórico de realização de cirurgia para corrigir hérnia, necessitando retirar excesso de tela colocada. Cirurgia realizada no dia 25/09/2014, encontrando-se no primeiro dia de pós-operatório de Retirada de tela pós hernioplastia incisional. Ao exame a paciente apresentou-se consciente, orientado; pele e mucosas normocoradas; venóclise periférica em MSE; sono e repouso prejudicados; ingestão hídrica insatisfatória; higiene corporal satisfatória; expansibilidade torácica bilateral, eupneico, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios; normocárdico, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas sem sopros; abdome globoso, flácido, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, coletor de colostomia em QID; eliminações vesical espontânea presente de aspecto amarelado (SIC) e intestinal por meio de colostomia. Verificados os sinais vitais: T= 35,2°C; P= 80bpm; R= 20irpm; PA= 130x70 mmHg. Apresentava-se ansioso para receber alta hospitalar. Paciente queixou-se de

disúria. Orientado quanto à necessidade de ingerir líquidos. Quando avaliado novamente, apresentou melhora na dor ao urinar.

**Quadro 2.** Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso 2. João Pessoa, 2015.

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Necessidades psicobiológicas</b>			
<b>Hidratação</b>	Hidratação da pele diminuída	Hidratação da pele melhorada	- Monitorar a ingestão de líquidos; - Estimular a ingestão hídrica;
<b>Sono e repouso</b>	Sono e repouso prejudicados	Sono e repouso melhorados	- Orientar o repouso durante o dia; - Ensinar técnicas de relaxamento;
<b>Integridade física e cutâneo mucosa</b>	Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	- Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos; - Estimular a deambulação; - Estimular a hidratação; - Realizar curativo diário ou quando necessário;
<b>Regulação imunológica</b>	Risco de infecção	Redução do risco de infecção	- Avaliar os cuidados com a higiene; - Monitorar os sinais e sintomas de infecção;
<b>Percepção dos órgãos dos sentidos</b>	Disúria	Disúria melhorada	- Estimular ingestão de líquidos;
<b>Necessidade psicossocial</b>			

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Segurança emocional</b>	Ansiedade moderada	Ansiedade melhorada	- Explicar a necessidade de permanecer no hospital para melhora do quadro clínico.

### **CASO 03:**

R.S.B., 69 anos, sexo masculino, casado, católico, analfabeto, aposentado, admitido em 23/09/2014, com queixa principal de dor abdominal inferior e redução do débito urinário com gotejamento de urina e coloração vermelha. Cirurgia realizada no dia 24/09/2014, encontrando-se no primeiro dia de pós-operatório de Prostatectomia suprapúbica. Ao exame a paciente apresentou-se consciente, orientado; pele e mucosas normocoradas; pele seca; venóclise periférica em MSD; sono prejudicado; ingestão hídrica insatisfatória; higiene corporal satisfatória; expansibilidade torácica bilateral, eupneico, murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios; normocárdico, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas cardíacas normofonéticas sem sopros; abdome plano, tenso, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes; com dreno de penrose localizado dentro da bolsa de colostomia, eliminações vesical presente de aspecto amarelado por SVD, em instilação vesical contínua e intestinal via colostomia. Verificados os sinais vitais: T= 36°C; P= 76bpm; R= 18irpm; PA= 140x80 mmHg. O Sono prejudicado ocorreu devido ao retorno da sonda durante a noite, ocasionando desconforto, porém, nos dias subsequentes, o sono foi retomado encontrando-se satisfatório.

**Quadro 3.** Planejamento da assistência de enfermagem para o estudo de caso 3. João Pessoa, 2015.

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Necessidades psicobiológicas</b>			
<b>Hidratação</b>	Hidratação da pele	Hidratação da pele melhorada	- Monitorar a ingestão de líquidos;

<b>Necessidades afetadas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
	diminuída		- Estimular a ingestão hídrica;
<b>Integridade física e cutâneo mucosa</b>	Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele melhorada	- Cuidar do local de inserção de dispositivos invasivos; - Realizar curativo diário ou quando necessário;
<b>Regulação imunológica</b>	Risco de infecção	Redução do risco de infecção	- Avaliar os cuidados com a higiene; - Monitorar os sinais e sintomas de infecção; - Avaliar a cicatrização da ferida operatória; - Avaliar locais de inserção de cateteres quanto aos sinais de hipertermia.

Percebe-se que, a partir das informações levantadas na investigação dos três estudos de caso realizados com pessoas idosas, o planejamento mostrou-se eficaz dentro das necessidades encontradas relativa a condição de cada um, possibilitando a equipe de enfermagem analisar e determinar uma assistência adequada a pessoa idosa.

Os diagnósticos com frequência e porcentagem mais elevadas foram Integridade da pele prejudicada e Risco de Infecção aparecendo nos três casos (100,0%), já Sono e Repouso prejudicado, Hidratação da pele diminuída e Ansiedade moderada representando 66,6% e Disúria e Eliminação intestinal prejudicada representando 33,3%.

Segundo Costa e Ceolim<sup>8</sup> a qualidade do sono e repouso é um importante fator a ser avaliado na pessoa idosa hospitalizada. Muitos pacientes que têm dificuldade em adormecer queixam-se das atividades da equipe de saúde no ambiente hospitalar e dos fatores intrínsecos da doença, proporcionando uma redução na participação das atividades diárias e na capacidade de concentração. Sendo, por sua vez, uma preocupação para os profissionais de saúde em exercer um plano de cuidado efetivo,

visto que, prejuízos no sono interferem na assistência adequada devido a maior necessidade de descanso do paciente.

A prevenção da Integridade da pele ao paciente hospitalizado é o primeiro passo a fim de evitar lesões. Com avanço da idade, as características dérmicas sofrem alterações, sendo facilmente propensas a rupturas em resposta a traumas mecânicos. Integridade da pele prejudicada frequentemente é um problema sério para idosos que apresenta baixa imunidade, pele desidratada, deficit nutricional e perda da tonicidade muscular, tornando-o mais difícil as intervenções de enfermagem para o restabelecimento da mesma<sup>9</sup>.

Para Kamimura, Paiva, Ayres<sup>10</sup> o Risco de Infecção predispõe da exposição do paciente no ambiente hospitalar aos microrganismos causadores de doenças e procedimentos invasivos. Pacientes pós-operados apresentam-se vulneráveis a adquirir Infecção pela baixa imunidade, pela técnica de profilaxia inadequada e o controle inapropriado de prevenção de Infecção. Vale ressaltar, que em procedimento cirúrgico no qual há abertura da pele em planos distintos, requer um monitoramento adequado dos sinais e sintomas pela equipe de enfermagem para o restabelecimento e manutenção da continuidade da pele.

Ansiedade moderada, diagnóstico encontrado na pessoa idosa, caracteriza-se pela insegurança quanto ao estado de saúde durante a hospitalização. No processo de envelhecimento, as habilidades cognitivas acabam sendo mínimas para compreensão sobre a doença e a ausência de conhecimento influencia no idoso sentir-se ansioso, podendo ser observado no comportamento expresso pelo mesmo<sup>11</sup>.

Desse modo, os cuidados prestados a pessoa idosa na clínica cirúrgica podem ser direcionados para os problemas encontrados na assistência e justificados pela literatura, com intenção de desenvolver um plano de ação estabelecendo os resultados esperados.

## **CONCLUSÃO**

Diante do exposto, conclui-se que os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos para clínica cirúrgica, presentes na Nomenclatura de diagnóstico, resultados e intervenção de enfermagem para unidades

clínicas do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, proporcionaram a prestação do cuidado a pessoa idosa diante de suas necessidades individuais. Uma vez que assistência prestada à pessoa idosa em condições cirúrgicas requer da equipe de enfermagem atenção especial as suas especificidades de tratamento e ao processo de envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). Ciênc & Saúde Col, 2013 [cited 2015 July 28]. 18(3): 753-761. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n3/21.pdf>
2. Saurin G, Crossetti MGO. Fidedignidade e validade do instrumento de avaliação da dor em idosos confusos – IADIC. Rev Gaúcha Enferm. 2013 [cited 2015 July 28]. 34(4):68-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n4/09.pdf>
3. Bittencourt GKGD, Schaurich D, Marini M, Crossetti MGO. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 set-out [cited 2015 July 28]. 64(5): 963-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a25v64n5.pdf>
4. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JÁ, Galvão MTG, Damasceno MMC. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago [cited 2015 July 29]. 64(4): 671-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a07v64n4.pdf>
5. Gançaves LHT, Tourinho FSV. Enfermagem no cuidado ao paciente idoso hospitalizado. Manole, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n.º 466/12, Brasília, 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.
7. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994.



8. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. Rev Esc Enferm USP 2013 [cited 2015 July 29]. 47(1):46-52. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

9. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Rev Esc Enferm USP 2012 [cited 2015 July 29]. 46(5):1102-1108. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

10. Kamimura HM, Paiva BSR, Ayres JA. Sistematização da Assistência de Enfermagem: acidente por Loxosceles gaúcho. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 nov-dez [cited 2015 July 30]. 62(6): 928-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a22v62n6.pdf>

11. Gauterio DP, Santos SSC, Strapassom CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2013 set-out [cited 2015 July 30]. 66(5): 702-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/10.pdf>