

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Alexandro Marcos Menegócio

**A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Alexandro Marcos Menegócio

**A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção do título
de Mestre em Gerontologia, sob orientação
da Profa. Dra. Beltrina Côrte.

SÃO PAULO – SP

2008

Banca Examinadora

Dedicatória

Dedico este trabalho:

A minha família, em especial aos meus pais, Aparecido e Maria, que sempre me incentivaram e me apoiaram em minha jornada.

A minha querida filha Isabella, pela paciência e compreensão de minha ausência.

Ao William, uma pessoa especial, sempre presente, incentivando e acreditando em minhas escolhas.

Aos 33 residentes que participaram desta pesquisa.

Agradecimentos

A Professora Dra. Beltrina Corte pelo exemplo de ética, sabedoria, humildade, meu agradecimento e a minha admiração.

A minha companheira de jornada do mestrado Edinéia, que a cada dia a seu modo acrescentava vida neste caminhar.

A Instituição de Longa Permanência para Idosos pelo seu consentimento e solitudes.

Aos profissionais da Instituição pela contribuição valiosa.

Aos meus alunos (Adrielly, Felipe, Ana Paula, Rodrigo, Lucimar e Francisco) pelo auxílio e aprendizado..

Aos residentes pela colaboração e disponibilidade.

A todos os professores do Programa de Gerontologia, que me abriu novas portas para o saber.

Epígrafe

Não creis em coisa alguma
Fato de vos mostrarem o testemunho
Escrito de algum sábio

Não creis em coisa alguma com
Base na autoridade de mestre e
Sacerdotes

Aquilo, porém que se enquadrar na
Vossa razão, e depois de minucioso
Estudo for confirmado pela vossa
Experiência, conduzindo ao vosso
Próprio bem e ao de todas as outras coisas vivas

A isso aceitas como verdadeiras
Por isso, pautais vossa conduta

Sakia-Muni (Buda)

RESUMO

MENEGÓCIO, A.M. (2008). Implementação da Sistematização de Enfermagem em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Dissertação (mestrado em gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

O foco desta pesquisa-ação foi desenvolver um modelo de sistematização da assistência de enfermagem e sua implementação em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter privado, da cidade de Salto, interior de São Paulo, tendo em vista o crescimento populacional de pessoas idosas que vivem em moradias coletivas. Torna-se necessário o conhecimento em relação às alterações do processo de envelhecimento, bem como a compreensão das especificidades e fragilidades desta etapa da vida, especialmente pelos profissionais de saúde para que atuem de maneira humanizada, sistematizada e individualizada. A SAE é uma forma organizada e seqüencial utilizada para o planejamento da assistência de enfermagem. Utilizar a SAE significa obter identidade e autonomia profissional, pois quando se realiza o diagnóstico de enfermagem se estabelece o caráter científico da assistência singular e planejada.

A metodologia utilizada foi de natureza quanti-qualitativa, tendo como principal procedimento metodológico a pesquisa-ação. Aplicou-se o Índice de Katz e Mini-Exame Mental adaptados à realidade da instituição. As coletas de dados foram realizadas com 33 residentes, sendo 17 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, entre 60 e 85 anos, que se encontravam na instituição nesse período. O estudo se realizou em cinco etapas: visitas à ILPI, elaboração de um instrumento para coleta de dados, análise dos dados e implementação do formulário compactado das fases subseqüentes da SAE, avaliação dos profissionais de enfermagem. Também se utilizou a técnica do grupo focal com quatro profissionais da instituição, a fim de uma avaliação prévia da implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Observou-se que a implementação da SAE contribui para um melhor cuidado com a pessoa idosa, assim como para o profissional. As variáveis sexo, faixa etária, tempo de institucionalização, problemas de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas, diagnóstico de enfermagem, grau de dependência, foram indicadores que nortearam a elaboração de projetos que atendam as principais necessidades humanas básicas afetadas dos residentes dessa ILPI.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem, Instituição de longa Permanência para Idosos, idosos.

ABSTRACT

MENEGÓCIO, A.M. (2008). Implementing Nursing Systematization at a Long-Permanence Institution for Elderly People. Dissertation (Master's Degree in Gerontology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

The focus of this research-action was to develop a systematization model of nursing assistance and its implementation in a private Long-Permanence Institution for Elderly People (ILPI), in the city of Salto, State of São Paulo, aiming the growth of the elderly population which lives in collective housings. The knowledge concerning the aging process alterations becomes necessary, as well as the understanding of the specifications and fragilities of this stage of life, especially for the health professionals, so that they act in a humanized, systemized and individualized way. The SAE is an organized and sequential form used for the nursing assistance planning. Using the SAE means getting identity and professional autonomy, so that when the nursing diagnosis is fulfilled it establishes the scientific character of the singular and planned assistance.

The methodology used was of quanti-qualitative nature, having as its main methodological procedure the research-action. Both, the Katz Index and the Mini-Mental-Examination were adapted to the reality of the institution and applied. The collection of data was carried through among the 33 residents, being 17 males and 16 females, between the ages of 60 and 85 years old, that were found in the institution during the period. The study was conducted in five stages: visits to the ILPI, elaboration of a data collection instrument, analysis of the data and implementation of the compact form of the subsequent phases of the SAE and evaluation of the nursing professionals. The technique of focal group was also used with four professionals of the institution, in order to have a previous evaluation of the systematization implement of the nursing assistance. It was observed that the implementation of the SAE contributes for a better care toward the elderly, as well as for the health professionals. The variables sex, age, time of institutionalization, nursing problems, basic human needs affected, nursing diagnostic and levels of dependence were pointers that guided the elaboration of projects that serve to take care of the main basic human needs affected of this ILPI residents.

Key-words: Nursing Assistance Systematization of Elderly, Institution of Long Permanence for Elderly.

Sumário

Introdução	1
Capítulo I – O Envelhecimento	
Envelhecimento Mundial.....	6
Processo de Envelhecimento.....	12
Capítulo II – Breve reflexão sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem	
Evolução Histórica.....	15
Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	20
Implantação da SAE.....	32
Fatores que influenciam na SAE.....	36
Capítulo III – Sujeitos e Métodos	
Campo da Pesquisa.....	38
Cenário.....	40
Sujeitos.....	42
Tipo de Pesquisa.....	43
Instrumentos e Etapas.....	44
Procedimento.....	48

Capítulo IV

Resultados e Discussão.....	56
Algumas Considerações	69
Fontes Bibliográficas.....	74
Anexos.....	82
Apêndices.....	86

INTRODUÇÃO

A escolha do tema, incluindo a área de interesse, caracterizou-se por alguns questionamentos e reflexões do autor em relação ao processo de envelhecimento. A subjetividade do velho institucionalizado e sua identidade. Uma analogia entre perdas, limitações, possibilidades.

Envolvido com o tema e trabalhando com o segmento populacional, tenho me interessado com seu bem-estar e satisfação, pois acompanho e presencio o quanto é difícil dedicar assistência com competência técnica, acrescida de carinho, afetividade e respeito, e como essa assistência contribui para uma melhor qualidade de vida.

Além disso, vivencio a rotina do dia a dia desenvolvida dentro de instituição de longa permanência, pelos diferentes profissionais envolvidos, ou seja, a repetição das atividades em relação à higiene, à alimentação, ao atendimento, às solicitações freqüentes do idoso, e a sua passividade em relação a tudo isso.

Este trabalho pretende abordar o velho institucionalizado, a subjetividade, o cotidiano e suas percepções, por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cuja finalidade é a melhoria dessa assistência. E detectar também a percepção dos colaboradores diante da implementação. Dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que a população está se tornando mais longeva, principalmente nos países em desenvolvimento. Projeções indicam que daqui a duas décadas o Brasil terá 32 milhões de idosos.

O envelhecimento da população mundial, motivado pelo aumento da expectativa de vida, revela, por um lado, uma conquista da humanidade em toda a

sua história; por outro, representa um de seus grandes desafios, haja vista a necessidade de se evidenciarem esforços sociais e econômicos para possibilitar, a essa população, uma longevidade saudável do ponto de vista fisiológico, psicológico e social (CARVALHO et. al., 2007).

São considerados idosos os indivíduos acima de 60 anos nos países em desenvolvimento, e em países desenvolvidos acima dos 65 anos (OMS, 2003).

O envelhecimento humano é fenômeno complexo, com dimensões objetivas e subjetivas, construídas cultural e historicamente. O bem estar da pessoa na velhice depende mais de fatores sociais e ambientais do que de determinações genéticas (PRESSER, 2005).

Tendo em vista o crescimento populacional de pessoas idosas e as alterações externas de ordem física, química e biológica que essa população sofre em seu cotidiano, nas atividades pessoais e profissionais, torna-se imprescindível o conhecimento em relação às mudanças fisiológicas e psicológicas do processo de envelhecimento dessa parcela da população. Bem como a compreensão das especificidades e vulnerabilidades do idoso, sendo possível que os profissionais de saúde atuem de maneira humanizada, sistematizada e individualizada. Poderão ainda valorizá-lo e melhor assisti-lo, tanto no contexto social quanto no institucionalizado, preparando as pessoas para envelhecer de modo mais equilibrado, consciente e com melhor qualidade de vida.

O estudo sobre o envelhecimento como processo que satisfatoriamente faz parte do ser vivo contribui para o reconhecimento do idoso na sua própria ótica e na de outras pessoas (PRESSER, 2005).

A forma como cada pessoa constrói sua história, cada experiência e vivência é singular, influenciando o modo de perceber e viver presente e futuro. A vivência do hoje depende de como o idoso elaborou e/ou elabora sua percepção do mundo, do “eu” e do outro (PRESSER, 2005).

O resultado adquirido por meio da literatura demonstra uma revolução demográfica. Os brasileiros estão vivendo mais, e dia a dia aumenta o número de idosos que não podem mais caminhar sozinhos na sua trajetória de vida. Em um período de angústia e transformação no cotidiano familiar, desponta o impasse: quem cuidará do idoso?

Residências coletivas nas quais vários idosos dividem o mesmo espaço e são assistidos por profissionais especializados podem ser opção de moradia para muitos idosos (MARTINEZ, 2003).

Em algum momento e por vários motivos, muitos idosos são obrigados a abandonar sua moradia e recorrer aos serviços oferecidos nas distintas instituições. Para que esse processo de mudança se dê, na medida do possível sem traumas significativos, e para que seja possível atender aos objetivos de autonomia e satisfação pessoal, faz-se necessário ter também boa estrutura institucional (GOYAZ, 2003).

Essas instituições, moradias, casa-lar, asilo, entre outras denominações mencionadas pela literatura científica, visam a uma única finalidade: assistir os idosos com limitações, ou seja, promovendo melhor qualidade de vida.

Para compreender essa transição de forma de viver - moradia familiar para moradia coletiva -, ressalto a importância da argumentação em relação à questão, e

da identidade e subjetividade que cada idoso vivencia, e outras mudanças que acontecem no devir de sua vida.

As limitações, conceitos, percepções e o processo de envelhecimento são problemáticas fundamentais, e nem mesmo a filosofia, a biologia e a psicanálise dão conta dessas reflexões.

O envelhecimento é inerente à vida e ao cotidiano. Há estreito vínculo com pessoas desse segmento desde a remota infância. É fundamental considerar também que o corpo tem articulação com o tempo vivido, tornando-se relevante o contexto social, cultural e político nesta abordagem, no que se refere à própria singularidade da velhice.

Diante da problemática surge o interesse pela SAE nas ILPI: analisar o processo de implementação, dificuldades e estratégias, bem como o impacto na vida dos residentes.

Como Tannure (2008) ressalta, o processo de enfermagem é método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessário a utilização de um método científico para os conceitos serem aplicados e implantados na prática.

No Brasil, alguns enfermeiros utilizam a SAE como método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde. Cabe ressaltar que pesquisas confirmam que os serviços de saúde com implementação da SAE e a partir de suas práticas profissionais contribuem significativamente para a melhoria e individualização da assistência, não esquecendo o olhar holístico.

As pesquisas mencionam também as estratégias utilizadas e dificuldades encontradas na implementação e continuidade da SAE. O que será observado na implementação e análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem em instituição privada de longa permanência para idosos, em uma cidade do interior de São Paulo, objetivo principal deste estudo. A ele somam-se os seguintes objetivos:

Geral:

- Sistematizar, implementar e analisar a Assistência de Enfermagem em uma instituição privada de longa permanência para idosos.

Específicos:

- Identificar os principais problemas de enfermagem e problemas colaborativos, necessidades humanas básicas afetadas, principais Diagnósticos de Enfermagem dos residentes;
- Sistematizar e implantar um plano de cuidados individualizado;
- Contribuir para a elaboração de instrumento e projetos que atendam às necessidades básicas afetadas, de idosos institucionalizados.

I – ENVELHECIMENTO

Envelhecimento Mundial

Desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do terceiro mundo, realidade ainda não apreciada em diversos estudos que ainda associam velhice a países desenvolvidos da Europa ou América do Norte. Já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo a longo prazo as perspectivas impressionam. Projeções mostram aumento ainda maior até 2020. Notifica-se aumento das populações idosas em países que terão 16 milhões ou mais de pessoas acima de 60 anos no ano de 2025, comparadas com a população da mesma faixa etária em 1950. Haverá, portanto, uma “substituição”: as grandes populações de idosos dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens, como a Nigéria, Brasil ou Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes. No Brasil, o aumento da população idosa será de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população em geral será de não mais de cinco vezes no mesmo período. O aumento colocará o Brasil, em 2025, na sexta colocação de população de idosos do mundo em termos absolutos.

O aumento da proporção de idosos na população é fenômeno mundial tão profundo que muitos chamam de “revolução demográfica”. No último meio século a expectativa aumentou cerca de 20 anos. E se considerarmos dois séculos, ela quase dobrou. De acordo com algumas pesquisas, esse processo está longe do fim.

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno ao qual mesmo os países mais ricos e poderosos ainda estão tentando se adaptar. O que era privilégio de alguns poucos passou a ser experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo. Envelhecer, neste século, não é mais proeza de uma pequena parcela da população.

A longevidade determina importantes repercussões nos campos social e econômico. Esse processo, no entanto, se manifesta distintamente nos diversos países. No bloco dos países desenvolvidos, se deu lentamente, ao longo de mais de 100 anos. Países como a Inglaterra, por exemplo, iniciaram o processo de envelhecimento, ainda hoje em curso, após a Revolução Industrial, no período do Império Britânico, dispondo, portanto, dos recursos necessários para fazer frente às mudanças advindas dessa transformação demográfica. Atualmente, alguns desses países apresentam inclusive crescimento negativo de sua população, com taxas de nascimento mais baixas do que as de mortalidade.

Conforme preconiza o Relatório de Saúde Global da Organização Mundial da Saúde (2003), o objetivo principal da política mundial de saúde é assegurar que a longevidade humana seja acompanhada por uma vida saudável. Expectativa de vida saudável, segundo a OMS (2003), é a diferença entre o tempo que um ser humano fica em estado de saúde integral e o tempo em que permanece em estado não saudável. Pesquisas da OMS (2003) assinalam que a expectativa de vida saudável é diferente nas regiões do mundo, variando de 41 anos na África a 71.4 anos na Europa. A média global, em 2002, era de 57.7 anos. Nas regiões da África, o indivíduo mediano passa cerca de 15% do total de seu ciclo de vida em estado não

saudável, e na Europa chega a 9%. Grande parte dos danos à saúde deve-se à incapacidade, lesões ou doenças existentes na velhice. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso, além de ações assistenciais e de reabilitação, tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável (PRESSER, 2005).

O envelhecimento populacional iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, espalhou-se pelo resto do Primeiro Mundo, e se estendeu, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil (KALACHE, 2007).

A OMS prevê que o fenômeno de amplitude mundial, em 2025, deve ser equivalente a 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Os muito idosos (com 80 anos ou mais) são o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2003).

Como o aumento dos idosos foi também superior ao aumento do total da população, a proporção dos que tinham mais de 65 anos no total da população cresceu de 4,8% para 5,8 nesse período (GOIS, 2007).

Explica Góis que a tendência de envelhecimento populacional ocorre principalmente por dois fatores. O primeiro é o crescimento da expectativa de vida do brasileiro por causa da redução na mortalidade infantil e melhorias de acesso e tecnologia no setor de saúde. O segundo é a queda acelerada no padrão de fecundidade brasileira, que desde 2003 está no nível que indica mera reposição populacional, de 2,1 filhos por mulher. Com menos crianças e idosos vivendo mais, é de se esperar que aumente a proporção de idosos.

O Brasil já é um país de velhos. Segundo a OMS, uma taxa a partir de 7% de idosos caracteriza o país como envelhecido. Já há, no Brasil, 8,6% (14,5 milhões), segundo dados do IBGE (2003).

A transição demográfica no Brasil se insere em um contexto internacional, ou seja, a população mundial caminha em direção ao crescimento zero. Ainda neste século, em 2075, segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), haverá o seu aumento máximo, próximo dos 9,2 bilhões de habitantes (ONU, 2006). Explica a mudança radical de uma “trajetória da população em direção ao crescimento zero é um acentuado e generalizado declínio das taxas de fecundidade nos países em desenvolvimento, como o Brasil, não previsto até pelos demógrafos” (BRITO, 2007).

A ONU, em documentos, demonstra a possibilidade de uma “explosão demográfica” que certamente traria graves problemas à humanidade.

Dado mais recente citado por Góis assinala que a expectativa de vida do brasileiro ao nascer já chega a 73,2 %, segundo o IBGE (2008).

Em termos globais, a esperança de vida aumentou 30 anos do início ao fim do século XX. A grande conquista social do século passado: longevidade como norma para a maioria. A conquista é agora o grande desafio do século XXI: garantir qualidade de vida para os 2 bilhões de idosos de 2050, mais de 80% deles nos países em desenvolvimento. A transição demográfica repercutirá em todos os setores da sociedade, a começar da saúde, que é valor universal. As pessoas querem envelhecer, desde que com um grau de saúde suficiente para gozar os anos a mais de vida (KALACHE, 2007).

O Brasil tem boa legislação, comparada à de outros países. Mas na prática pouco é implementada. A tradição de cuidar dos idosos em casa, pelos familiares, também está em transição, por causa de transformações sociais e culturais, não deixando de mencionar o cuidado com o corpo, a beleza física, muito evidente em nossa sociedade.

O Estatuto do Idoso, por exemplo, no art. 3º, determina que é obrigação da família, comunidade, sociedade e Poder Público assegurar, “com prioridade absoluta, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar, isto é sempre deverá prevalecer o interesse do idoso e seu atendimento”.

Lidar com o envelhecimento populacional será, sem dúvida, uma das tarefas mais árduas a serem enfrentadas pela sociedade, talvez um dos maiores desafios do próximo milênio, avalia Presser (2005).

A sociedade, portanto, tem o dever de criar mecanismos que contribuam para a superação desse quadro e garantir ao idoso uma vida mais tranqüila. Para isso, além de vencer preconceitos, é necessário criar condições para que usufruir do tempo com qualidade, beneficiando-se de atividades físicas apropriadas para sua condição, alimentação saudável, espaço para lazer e bom relacionamento social. As contribuições para a sociedade e a capacidade de amar impulsionam a felicidade, o bem-estar e, conseqüentemente, a longevidade do cidadão que tem direitos pessoais e sociais que não podem ser negados (GOYAZ, 2007).

A partir do reconhecimento da população idosa como segmento social com especificidades, o foco principal das atividades incide nos serviços profissionais, que incluem a participação de especialistas responsáveis pelo desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde do idoso, procurando mantê-los ativos e participantes no exercício de sua cidadania. Além de dar conta dessas demandas de atendimento, a abordagem dos trabalhos profissionais revê as formas tradicionais de gerir a experiência do envelhecimento, reconhecendo a subjetividade autônoma dos idosos como sujeitos capazes de assumir a responsabilidade pessoal de administrar o seu processo de envelhecimento (PRESSER, 2005).

Segundo Filho (2003), gerontologia significa, pois, o estudo dos processos de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais. No breve período de sua existência, têm se fortalecido dois ramos igualmente importantes: a geriatria, que trata das doenças do envelhecimento; e a gerontologia social, voltada aos processos psicossociais, manifestos na velhice (SALGADO, 1982).

No tratado de Geriatria e Gerontologia (2002), verifica-se no capítulo intitulado *O estudo da velhice no século XX, definição do campo e termos básicos*, de autoria de Netto, que a despeito do envelhecimento ser preocupação da humanidade desde o início da civilização, o século XX foi o marco da importância do seu estudo. O autor afirma que a ciência do envelhecimento deve ter a responsabilidade de ser o centro do qual surgem as seguintes ramificações: gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria,

...que, em conjunto, atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas conseqüências. A gerontologia social, que aborda

aspectos não orgânicos, e a geriatria e a gerontologia biomédica, que se atêm aos aspectos orgânicos, são subdivididas de acordo com as especialidades que as compõem. Assim, a primeira compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde (NETTO, 2002, p.2-7).

O Processo de Envelhecimento

No processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que influenciam o comportamento do idoso. Há alterações nas aptidões físicas e orgânicas. O corpo sofre também algumas manifestações, como lentidão para andar, embranquecimento dos cabelos, perda da acuidade auditiva e visual, aparecimento de rugas, entre outras.

O processo é biologicamente normal e evolui progressivamente. Não se dá, necessariamente em conjunto com o avanço da idade cronológica. Podem ocorrer variação individual e prevalência sobre o envelhecimento cronológico. Com isso, o idoso tende a modificar hábitos de vida e rotinas diárias, em atividades pouco ativas, contribuindo para a redução do seu esforço físico, concentração e coordenação. Os efeitos da diminuição do desempenho físico acabam dificultando as atividades diárias e a manutenção no seu estilo de vida, certamente gerando apatia, insegurança, autodesvalorização, e até mesmo isolamento social e solidão.

Kolata (2007) diz que ainda há muito para se conhecer sobre o processo do envelhecimento. Cita que os pesquisadores que estudam o envelhecimento fascinam-se com as histórias. Duas pessoas, com os mesmos genes, crescendo na mesma família, vivendo no mesmo lugar, como envelhecem de forma tão diferente?

Ressalta que vem oscilando a opinião científica do que determina a extensão da vida ou como uma pessoa envelhece. Primeiramente, há duas décadas, a ênfase era no ambiente, dieta saudável, exercícios e cuidados médicos. Mas a opinião mudou para os genes. A idéia era a de que, se alguém herdasse a combinação de genes, poderia comer bifes gordurosos e fumar charutos, vivendo até 100 anos. A noção se disseminou e hoje muitas pessoas dizem que viver está relacionado aos fatores genéticos.

As respostas surpreendem. A educação é o principal fator consistentemente ligado à vida mais longa nos países estudados. Economistas que pesquisam saúde pública afirmam que outros fatores, tidos como “cruciais” – dinheiro e plano de saúde, por exemplo – perderam importância, como diz Kolata em outro artigo.

Filho (2005) enfatiza que há muitos séculos são desenvolvidas tentativas de prolongar a juventude ou restaurar o vigor físico e sexual. No século XII, os princípios da alquimia eram usados com a crença de que seria possível triplicar a expectativa média de vida, que não ultrapassava 45 anos.

O avanço da ciência, novas tecnologias e os novos tratamentos trouxeram transformação nesse quadro aumentando e muito a expectativa de vida, afastando o “fantasma” de se morrer cedo. Pretende-se viver muito tempo, mas com boa qualidade de vida. Poucos querem ser “velhos”, com dependências e limitações, doenças ou desgastes ocasionados pelo tempo.

Deve-se estimular os idosos e a sociedade a repensar o envelhecimento como fase da existência, que possui e promove várias mudanças. Mas não se deve aceitar

a passividade de ser participante e que requer reestruturação como outra fase qualquer da vida.

Mensurar a vida cronologicamente tem sido um erro, como considera Filho (2005), pois é bom indicador de velhice. Pode-se mensurar o organismo em termos funcionais. Com esse conceito, desnaturalizamos certos argumentos como, por exemplo, que “ser velho é ser doente ou incapacitado”, que “velhice e danos cerebrais caminham juntos” e, que “a velhice deve significar declínio, degeneração e morte”.

O envelhecimento saudável ou senescência é aquele no qual essas alterações ocorrem gradativamente, com busca de consciência, permitindo ao indivíduo a condição de se adaptar ao novo ritmo, sem ruptura ou afastamento social, mantendo e aprimorando sua relação (FILHO, 2005).

A situação remete à moradia, ao cuidado, às formas de estruturar e gerir organizações capazes de atender às especificidades e subjetividade do segmento.

II- BREVE REFLEXÃO SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Evolução Histórica

A preocupação com a assistência de enfermagem tem caráter antigo. Os povos nos tempos remotos se preocupavam com a melhoria da qualidade, solucionando os problemas de enfermagem, ou seja, as necessidades humanas básicas afetadas.

Os povos primitivos entendiam a doença como castigo dado pelos deuses, ou causado pelos efeitos de um poder diabólico exercido sobre os homens (INHAAZ, 1998).

O cristianismo, indiretamente, provocou transformação na organização política e social, a partir da reforma dos indivíduos e da família. Surgiu um grande espírito de humanidade, e muitos cristãos, levados a procurar uma vida mais santa e caridosa, se reuniam em pequenas comunidades, que se dedicavam à assistência aos pobres, velhos, enfermos e necessitados, em casas particulares ou hospitais, chamados Diaconias.

A queda do cristianismo repercutiu diretamente na enfermagem, na quantidade e qualidade das pessoas que se dedicavam ao serviço aos enfermos. Os donativos e a generosidade diminuía, e os hospitais entravam em sérias dificuldades de funcionamento por falta de recursos humanos e materiais. Aos poucos, a decadência se agravava, ocasionando o fechamento de muitos hospitais. Outro fator que agudizou a crise dos hospitais foi a Reforma Religiosa, de Lutero,

Henrique VII e Calvino, que expulsou dos hospitais as religiosas que assistiam aos doentes, especialmente na Inglaterra (INHAZZ,1998).

Eclodiu naquele momento a necessidade dos cuidados prestados aos enfermos por pessoas com pouca qualificação pessoal. A atividade passa a ser trabalho árduo e de baixa remuneração; não havendo mais, ou muito pouco, o sentido cristão que regeu, por longa época, a razão de assistir aos necessitados. O desenvolvimento científico da enfermagem naquela época foi muito pequeno, não conseguindo acompanhar o avanço que a medicina tinha conseguido alcançar, o que reflete os preconceitos existentes até hoje em relação ao caráter dos profissionais da área de enfermagem.

No século XVII surgiu São Vicente de Paulo, que fundou o Instituto das Filhas de Caridade. Elas se dedicaram aos enfermos, o que reergueu a enfermagem e deu a ele o título de “precursor da enfermagem moderna”.

Florence Nightingale, de conhecimento apurado, impulsionou o crescimento e o desenvolvimento científico. No século XIX, surgiu, reformando totalmente a enfermagem e iniciando outra fase para a profissão. Florence Nightingale nasceu em Florença, em 1820, de família rica. Dotada de cultura muito acima do comum entre as moças da época, demonstrou, desde cedo, tendência a tratar dos enfermos, inicialmente encontrando oposição familiar. A atividade era exercida por pessoas de nível educacional e “padrão moral” “baixos”.

Florence, entretanto, de decidida vocação e marcante personalidade, não desistiu diante dos obstáculos. Aos 31 anos conseguiu autorização para estagiar em um hospital mantido por entidade protestante.

Recebeu as primeiras orientações sobre os cuidados com os enfermos, mas não corresponderam ao que esperava. Sentiu que era essencial um ensino de enfermagem metódico e fundamentado em bases científicas.

No Brasil, já na colonização, se propunha a abertura de Santas Casas, como as “Misericórdias”, muito comuns em Portugal. A primeira começou a atender em 1543, após a fundação da Vila de Santos, por Braz Cubas. Seguiram-se as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus (Ramos, 2002).

Sobre o desempenho da atividade de enfermagem naquela época pouco se sabe, a não ser a atuação dos jesuítas na fundação, direção e manutenção das obras de caridade, auxiliados por voluntárias (INHAZZ,1998).

Em 1923, com a fundação da Escola de Enfermagem Ana Néri, no Rio de Janeiro, que procurou seguir o sistema Nightingale, a enfermagem brasileira percebeu um desenvolvimento maior. Outras escolas foram abertas, adotando o mesmo sistema, surgindo líderes que atuaram em diversas entidades, como diretoras, ou na assistência aos enfermos, sempre voltadas aos três elementos indispensáveis à profissão de enfermagem: Ideal, Arte e Ciência.

Wanda Horta, precursora da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil, nasceu a 11 de agosto de 1926, em Belém do Pará. Permaneceu em Belém até os dez anos, onde iniciou os estudos primários no Colégio Progresso Paraense. Em 1936 a família mudou-se para Ponta Grossa, no Paraná, e aí concluiu o curso no Colégio Regente Feijó da mesma cidade. Participou de um curso para Voluntários Socorristas na Cruz Vermelha de Ponta Grossa. Desejava ingressar na Faculdade de Medicina, mas por motivos financeiros e não ter a idade requerida trabalhou em

atividades de enfermagem nas quais adquiriu noções de patologias e pediatria. No início de 1945 ganhou bolsa de estudos para a Escola de Enfermagem de São Paulo. Após o curso, trabalhou em Santarém, no SESP, e adquiriu uma perspectiva da enfermagem preservada durante toda a vida. Seu primeiro artigo, “Conceito de Enfermagem”, foi publicado na Gazeta do Povo, em Curitiba, a 12 de maio de 1951. Fez outros cursos: História Natural, Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem. Doutorou-se em Enfermagem e tornou-se docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro e na USP (INHAZZ, 1998).

O núcleo central do seu trabalho era uma vasta fundamentação teórica para a Enfermagem, culminando com a elaboração da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

A intenção era desenvolver uma teoria que explicasse a natureza da enfermagem, definindo o campo de ação específico e a metodologia científica. A teoria fundamentava-se nas necessidades humanas básicas, como descrito na teoria da motivação humana de Maslow, as leis do equilíbrio, da adaptação e do holismo (INHAZZ, 1998).

Wanda Horta buscou, em sua trajetória, criar e transmitir um conceito de enfermagem que englobasse os aspectos, muitas vezes conflitantes, de arte humanitária, ciência e profissão (INHAZZ, 1998).

Sua obra permite ser interpretada, na enfermagem brasileira, como divisora de épocas – antes e depois das teorias de enfermagem, quando se fala sobre teorias de enfermagem construída por enfermeiros (INHAZZ, 1998).

A enfermagem, desde seus primórdios, acumula um corpo de conhecimentos e

técnicas empíricas, e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar esses fatos à luz do universo natural. Partindo-se dos conceitos expostos na introdução deste trabalho, a enfermagem pretende alcançar o desvelamento de um ser, o ser humano (indivíduo, família, comunidade). Como este é, por sua própria definição, inobjetivável, a enfermagem determina seu objeto e os entes que têm como habitáculo esse ser. O objeto da enfermagem é assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, os entes da enfermagem (INHANZZ, 1998).

A partir da década de 60 há ênfase nos aspectos interpessoais, intelectuais e científicos da enfermagem. A situação da enfermagem tem três aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem destinadas ao benefício do paciente. Para Orlando (1962), a interação dos três elementos seria o PE (YURA H. et. Al, 1973). Posteriormente, Know (1965) aplicou no ambiente a abordagem científica, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos. Johnson, em (1967), reforçou a importância da coleta sistemática, com análise rigorosa dos dados (INHANZZ, 1998).

Segundo Souza (1981), os planos de cuidados foram aperfeiçoados e passaram a ser concebidos não mais como plano de ações isoladas, mas um conjunto de etapas que deveriam guiar a prática de enfermagem, e que, ao mesmo tempo, estariam explicados em uma estrutura conceitual.

A evolução da enfermagem e sua consolidação como ciência são caracterizadas pela construção de um corpo de conhecimento próprio no decorrer de sua história, mas especificamente a partir da década de 50. Nos anos 70 houve uma preocupação

das enfermeiras com o desenvolvimento de teorias de enfermagem, meio de estabelecer a enfermagem como profissão (HERMIDA, 2006).

A enfermagem moderna, a partir de Florence Nightingale, iniciou sua caminhada para adoção de uma prática em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, eminentemente intuitiva e empírica . Para tanto, foram desenvolvidas teorias de enfermagem com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática. A partir da aplicação dessa teoria à prática se dá o processo de enfermagem (GENTIL, et. al.,2002).

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

O processo de enfermagem é compreendido por como método sistemático e organizador de prestar cuidados de enfermagem individualizados, enfocando as respostas humanas, de uma pessoa ou grupos, a problemas de saúde atuais ou potenciais (TANNURE, 2008).

Processo de enfermagem não é conceito “novo”. Embora a expressão ainda não fosse utilizada, é possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução na nossa linguagem especial remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou ser imprescindível ensinar às enfermeiras a observação e o julgamento diante do que viam e viviam.

Nas décadas de 1920 e 1930, nos Estados Unidos, vários estudos de casos clínicos foram publicados na literatura. De modo geral, envolviam a análise e a

avaliação sistemáticas, em profundidade, de um cliente ou grupo de clientes similares, objetivando promover a compreensão acerca de seu estado de saúde/doença e das intervenções de enfermagem consideradas essenciais.

No entanto, consideramos ser imprescindível reconhecer que o entendimento acerca do processo, e conseqüentemente sua adoção deliberada na prática profissional, não é unanimidade no âmbito da enfermagem. Sua simples menção costuma despertar, no mínimo, três diferentes reações: aceitação, indiferença ou rejeição (GARCIA, et. al, 2000).

Ao revisar a literatura da área observamos que o processo de enfermagem é usualmente descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática de enfermagem (GARCIA et al, 2000).

Por outro lado, a qualidade da Assistência de Enfermagem prestada depende da equipe, liderada e coordenada pelo enfermeiro. Os modelos de assistência instrumentalizam o planejamento científico e sistematizado das ações a serem desenvolvidas pelos integrantes da equipe de enfermagem, oferecendo suporte e direcionando o desempenho das atividades. Contribuem para a credibilidade e visibilidade da enfermagem.

De acordo com Horta (1979), a SAE é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano a partir de seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

A SAE, como método sistemático de prestação de cuidados humanizados, enfoca a obtenção de resultados desejados de modo sistematizado; é humanizado

porque, à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os interesses, os ideais e os desejos do cliente (TANURRE, 2008).

Para melhor compreensão desse conceito, cabe breve explicação sobre o que é um método. De maneira geral, é entendido como forma sistemática e ordenada de delimitar problemas, fazer e executar planos para resolvê-los, mesmo que seja importante delegar a outros a execução desses planos, e exige como última etapa a avaliação da eficácia na resolução dos problemas (HERMIDA, 2006).

A enfermagem deve privilegiar suas ações específicas/próprias junto ao cliente e atuar como parceira dos demais profissionais, não apenas como suporte de ações médicas e administrativo-burocráticas, mas compartilhando saberes no atendimento às necessidades do paciente (HERMIDA,2006).

A SAE recebe várias definições, de acordo com muitos autores e teorias. Cada uma delas segue um modelo, fundamentado de acordo com os conceitos, pressupostos e proposições próprias dessas teorias. Na verdade, a SAE pode ser entendida como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem aos pacientes (HERMIDA, 2006).

A SAE é forma organizada de cuidar do paciente, seguindo passos estabelecidos (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados). É método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, e baseia-se em um modelo assistencial, levando em consideração a especialidade à qual está sendo dirigido (HERMIDA, 2006).

Quando o enfermeiro elabora a SAE, são oportunizados subsídios para planejamento, coordenação e avaliação das ações priorizando o atendimento ao cliente. Deve ser considerada a SAE como instrumento de comunicação de informações relevantes e pertinentes sobre os cuidados de enfermagem e o paciente (TANNURE, 2008).

A SAE requer do profissional interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas (GENTIL.et. al., 2006).

Horta (1979) refere que as necessidades são universais, comuns a todos os seres humanos. Variam de indivíduo para outro a manifestação e a maneira de satisfazê-las ou atendê-las.

A sistematização da assistência de enfermagem é um tema no qual há vasta literatura, porém com muitas incógnitas, principalmente no que se refere à assistência integral do cliente como atribuição do enfermeiro, assim como na realização das etapas da SAE no processo de trabalho do enfermeiro.

Segundo Tannure (2008), a metodologia da assistência é um elo que pode unir, por meio da assistência individualizada e não massificada, seres singulares, profissional e cliente, cada um com sua experiência de vida e bagagem de conhecimentos.

Praticar enfermagem com proposta metodológica requer conhecimento, habilidade, apoio... Mas, acima de tudo, vontade e ousadia. Vontade de mudar, ousadia para mudar sem temor.

Horta (1979), em sua filosofia de enfermagem, ressalta que o enfermeiro é um humano, com todas as dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações: é aberto ao futuro, à vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. O compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação, sancionados pela sociedade que outorgam a ele o direito de cuidar de outros seres humanos. O ser enfermeiro é gente que cuida de gente.

A avaliação das pessoas idosas centradas na enfermagem ocorre nos tradicionais cenários da casa, hospital ou instituição de internos crônicos, e também em cenários não tradicionais, como centros para idosos, edifícios de apartamentos, ou o trabalho de enfermagem com grupos de idosos. O cenário determina o modo como a coleta e a análise de dados devem ser conduzidas, para ser prestado o melhor serviço ao indivíduo. Embora a avaliação de clientes idosos com ênfase na enfermagem varie em relação ao cenário, o objetivo continua sendo determinar a resposta do idoso diante dos problemas de saúde reais ou potenciais em termos específicos. O propósito da avaliação é identificar aspectos positivos e limitações do indivíduo, a fim de haver intervenções efetivas e apropriadas, visando à promoção do funcionamento mais satisfatório, prevenção da incapacitação e da dependência.

A SAE norteia o raciocínio profissional, permitindo o resgate da cientificidade do cuidado e direcionando ações de enfermagem a serem executadas.

As funções do enfermeiro podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos. a) Área específica: assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. b) Área de interdependência ou de colaboração: a sua

atividade na equipe de saúde. c) Área social: dentro de sua atuação como profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe (HORTA,1979).

Quando o enfermeiro elabora a SAE são disponibilizados subsídios ao planejamento, coordenação e avaliação das ações.

A elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar a própria prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro precisa estabelecer o conhecimento das fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico, e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente (SPERANDIO et. al., 2005).

As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão. Hoje se percebe a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à documentação e registro do plano de cuidado de saúde de sua clientela, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional – Documentos Básicos de Enfermagem: COREN-SP (SPERANDIO et. al, 2005).

A SAE visa à assistência ao ser humano, a partir da dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas. Tem seis fases, que se caracterizam pelo inter-relacionamento e dinamismo do conjunto (SPERANDIO. et. al, 2005).

Segunda Horta (1979), a primeira fase da SAE é o histórico de enfermagem, traduzido como roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que são significativos para o enfermeiro e que tornam possível a identificação de

seus problemas. Para a autora, esses dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem, significando a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência desse atendimento em natureza e em extensão (SPERANDIO et. al., 2005).

A segunda fase se denomina diagnóstico de enfermagem. É o levantamento das necessidades humanas básicas do cliente, da família ou da comunidade. O enfermeiro, pelo seu parecer, é o responsável pela resolução.

Alguns enfermeiros julgam desnecessária a utilização no planejamento das ações de enfermagem, desconsiderando que as intervenções devem ser justificadas pela presença de fenômenos identificáveis e avaliadas com base nos resultados esperados. Concordamos com Carpentito (CARPENITO, 1999): “Os diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência”, mas o seu uso requer conhecimento e envolve responsabilidade.

A terceira fase é o plano assistencial, quando ocorre a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido (SPERANDIO et. al., 2005).

Determinado o plano assistencial, eis a quarta fase, que consiste na prescrição de enfermagem, ou seja, a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário, que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (SPERANDIO et. al., 2005).

O plano de cuidados é sempre avaliado, fornecendo dados necessários à quinta fase: evolução de enfermagem (SPERANDIO. et. al., 2005).

A evolução de enfermagem consiste no relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta à assistência de enfermagem implementada (SPERANDIO et. al., 2005).

Finalmente, o estudo analítico e a avaliação das fases anteriores completam a sexta fase: prognóstico de enfermagem, representando a estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades básicas, alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (SPERANDIO et. al., 2005).

Para Potter (2002), a SAE se divide em cinco fases sucessivas, interligadas e circular, nas quais estão envolvidos quatro elementos essenciais: padrões, atitudes, experiência e conhecimento.

As fases se dispõem da seguinte maneira:

- Histórico de enfermagem e exame físico, descrevendo que durante o histórico a enfermeira deve coletar, verificar, analisar e comunicar sistematicamente os dados objetivos e subjetivos a respeito do cliente.

O histórico de enfermagem é coletado mediante um roteiro organizado, para o levantamento de dados sobre o ser humano que está sendo assistido, tornando possível a identificação de seus problemas. Deve ser conciso, sem repetições, claro e preciso, de modo a fornecer informações que permitem programar cuidados

imediatos. É importante ressaltar que não é instrumento encerrado, devendo ser aperfeiçoado sempre que houver necessidade.

Existem fatores relacionados ao indivíduo, ao profissional e à instituição que interferem no histórico de enfermagem. Ao indivíduo são sua condição e estado geral, idade, cultura, escolaridade, tempo de permanência na instituição e padrões de comunicação. Em relação ao profissional, se destacam preparo, autoconhecimento, tempo disponível e relações interpessoais. No que se refere à instituição, ressaltam-se a filosofia da instituição, a filosofia do serviço de enfermagem, a quantidade e qualidade de pessoal.

É fundamental que o histórico responda a questões como: Quem é você? Por que está aqui? Quais as suas expectativas?

As respostas subsidiam as etapas subseqüentes e determinam que a metodologia de assistência vá ao encontro das necessidades do ser humano assistido, considerando-se sempre as condições existentes para a assistência.

Para alguns autores (HORTA,1979), Histórico de Enfermagem e Exame Físico são etapas distintas da SAE. O próprio Conselho Federal de Enfermagem os considera dessa forma, segundo a Resolução 272/2002. Segundo outros autores, o Exame Físico e a Entrevista de Enfermagem são o Histórico de Enfermagem. Essas aplicações distintas do termo Histórico de Enfermagem mostram a importância de se refletir sobre a definição e delimitação dessa terminologia, para a comunicação entre os profissionais de enfermagem ser uniforme, coerente e compreensível (HERMIDA et.al., 2005).

- A segunda fase citada por Potter é o Diagnóstico de Enfermagem, que descreve a resposta real ou potencial do cliente a um problema de saúde, o qual a enfermeira é licenciada e competente para tratar.
- Como terceira fase está o Planejamento do Cuidado de Enfermagem como categoria de comportamentos de enfermagem em que as metas centradas no cliente e os resultados esperados são estabelecidos, e as prescrições de enfermagem selecionadas, para atingir as metas e os resultados dos cuidados.

É essencial compreender que a prescrição de enfermagem é etapa da metodologia da assistência subsidiada pelas etapas anteriores e embasa a continuidade do processo. Para a prescrição de enfermagem ser efetiva e eficaz, deve ter por base o histórico atualizado, considerando-se sempre o dinamismo do processo saúde-doença que o ser humano a ser cuidado está vivenciando.

A execução da Metodologia da Assistência proporciona à enfermagem seguir com o ser humano e sua família na vivência da situação. As estratégias selecionadas são implantadas nesse momento.

- A implementação do Cuidado de Enfermagem é a quarta fase, descrita como categoria de comportamento de enfermagem na qual as ações essenciais para atingir as metas e os resultados esperados do cuidado de enfermagem são iniciados e completados. A implementação inclui prescrições de enfermagem para realizar, assistir, direcionar, aconselhar ou ensinar. Uma prescrição é qualquer ação empreendida pela enfermeira para ajudar o cliente

a passar do estado de saúde atual para o estado de saúde descrito nos resultados esperados.

- A quinta etapa, denominada evolução de enfermagem, é descrita como processo de enfermagem que mede a resposta do cliente às ações de enfermagem e o progresso do cliente para atingir as metas.

Não obstante exista a sobrecarga de funções, há número deficitário de enfermeiros em relação à taxa de ocupação de leitos, realidade em muitas instituições de saúde, verdade que colabora para potencializar o acúmulo de atribuições desse profissional (SPERANDIO et. al., 2005).

Evidencia-se a importância de o profissional buscar soluções para otimizar a administração de informação, a fim de todas as tarefas serem realizadas integralmente e com qualidade, na prestação de assistência ao paciente (SPERANDIO et. al., 2005).

Os avanços tecnológicos trouxeram modificações importantes nas mais diversas atividades desempenhadas pelo homem. Em face dessa realidade, os recursos computacionais são desenvolvidos para incrementar a produtividade e a qualidade nas atividades de vários profissionais (SPERANDIO et. al., 2005).

À medida que a tecnologia da informação torna-se mais difundida no atendimento à saúde, o enfermeiro aumentará seu acesso e o uso do computador, estendendo seu domínio à elaboração da SAE. Informatizada, pode aumentar o potencial para implementação rápida, precisa e completa, resultando na otimização da disponibilidade dos enfermeiros para atividades assistenciais, assim como para

coordenar os processos que envolvem essa prestação de cuidado (SPERANDIO et. al., 2005).

A sistematização da assistência de enfermagem é meio para o enfermeiro aplicar conhecimentos técnico-científicos, caracterizando a prática profissional. Os enfermeiros têm sido sobrecarregados com atividades burocráticas, despendendo até 50% do seu tempo coletando, administrando e documentando informações (SPERANDIO,et. al., 2005).

Segundo Horta, alguns princípios podem também ser deduzidos, indispensáveis na elaboração e implementação da SAE:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.
- Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

É imprescindível encontrar caminhos específicos para desvincular as atividades de enfermagem das tarefas burocráticas, alheias às atividades específicas, e assegurar o exercício profissional centrado na assistência ao indivíduo.

Um dos fatores que contribuem para isso é prontuário médico ser baseado em registros manuais. O enfermeiro consome grande parte de seu tempo quando realiza, manualmente, o plano de cuidado para cada um dos pacientes sob sua responsabilidade.

Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

A temática da sistematização da assistência de enfermagem é atual, discutida no Brasil desde a década de 70, com tentativas de implementação em diversas especialidades e contextos (HERMIDA, 2006).

A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas: procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 1979).

Os enfermeiros desempenham vários papéis no trabalho cotidiano. Ora atuando na implementação da SAE e na prática assistencial, exercendo atividades educacionais na equipe e paciente, ora no gerenciamento de unidades hospitalares com visão estratégica, conciliando conhecimentos técnico-científicos às habilidades de relacionamento interpessoal, estabelecendo prioridades e organização (SPERANDIO et. al., 2005).

Algumas condições são estabelecidas por FRIENDLANGER (1973) para a implementação da SAE: a participação da chefia de enfermagem, a quantidade e a

qualidade dos recursos humanos adequados ao trabalho em equipe, padronização de normas e rotinas na unidade, treinamento dos enfermeiros e manutenção de um trabalho que permita o aperfeiçoamento da qualidade da enfermagem.

Ressalta Barros (1998) que, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, que estabeleceu como atribuição privativa do enfermeiro a prescrição de enfermagem (BRASIL, 1986), a SAE passou a ser alvo de maior preocupação para os enfermeiros brasileiros. Observa-se o assunto na literatura nacional na década de 80, nos vários relatos sobre experiências de implantação de metodologia de assistência nas instituições de saúde brasileiras (CAMPELLI et al., 1987 ; CRUZ et al., 1987; MARIA et al., 1987). A partir do final dos anos 80, há maior ênfase nos estudos sobre diagnósticos de enfermagem (CRUZ, 1989; NÓBREGA, 1991; JESUS, 1992; DALRI, 1993; FARIAS, 1997; MARIA, 1997), com enfoque mais significativo no processo de raciocínio diagnóstico (CRUZ, 1993; CARVALHO et al., 1997 ; JESUS., 2000).

A implementação da SAE resulta em um método de trabalho que garante a solução de problemas, pois identifica necessidades inclusive por parte da estrutura organizacional da instituição de saúde para a efetivação dos cuidados da enfermagem. A realização do histórico de enfermagem como base para serem dirigidas as demais fases do processo implica coleta e análise de dados e exame físico minucioso, resultando na identificação de diagnósticos de enfermagem e nas necessárias prescrições de enfermagem. Um histórico específico de enfermagem é fundamental para a determinação de diagnósticos de enfermagem. As etapas subsequentes, de planejamento, implementação e avaliação do processo de

enfermagem, não poderão ser cumpridas a menos que a abordagem do histórico tenha enfoque próprio de enfermagem.

A implementação da SAE é exigência para as instituições de saúde, públicas e privadas, de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEM (Conselho Federal de Enfermagem) número 272/2002. É também orientação da lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498. de 25 de junho de 1986).

Após a iniciativa e investimento do COREN-SP, em 1999, de implantar o PE definitivamente nas instituições de saúde públicas e privadas de todo o Estado, a Resolução COFEM nº 272/2002 surgiu como apoio legal à implementação dessa prática em âmbito nacional, dispondo sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. Ela trata, em seu Art.1º, da função privativa do enfermeiro de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar a SAE, compreendendo histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem (HERMIDA, 2006).

Entendido não somente como modo de fazer, mas modo de pensar a prática assistencial, observa-se que a implementação do processo de enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico, o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético (GORDON, 2002).

Para a implementação do processo de enfermagem há pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual, e outra à sua operacionalização no contexto da prática. Os requisitos necessários para a implementação dessa metodologia de

assistência, bem como as dificuldades encontradas, são apresentados na literatura por diversos autores nacionais e estrangeiros (ROSSI et. al., 1997).

No Brasil, recentemente o Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo alertou os enfermeiros quanto à importância da implementação dessa metodologia de assistência. A partir da postura desse Conselho, muitos enfermeiros solicitam o oferecimento de cursos sobre o processo de enfermagem, e observa-se procura por “receitas” para operacionalizar essa metodologia de assistência, que possam ser simplificadas, fáceis de executar, de forma a atender a essa solicitação, mediante a documentação do processo de enfermagem no prontuário do paciente. Esquece-se, muitas vezes, que a documentação representa, ao mesmo tempo, processo e resultado de uma prática efetivamente realizada. Nesse processo de simplificação, muitas vezes etapas são excluídas, e os conceitos que deveriam fundamentar essa metodologia de assistência, as crenças e valores, a relação enfermeiro-paciente, enfim, os aspectos que enfatizam o cuidado centrado na pessoa, são esquecidos (ROSSI et al., 2002).

As facilidades e dificuldades na implementação do processo de enfermagem devem ser analisadas pela equipe de enfermagem, pois cada instituição possui suas peculiaridades, a fim de o método ser implantado com conhecimento da situação e metas possíveis de serem alcançadas (HERMIDA, 2006).

Fatores que interferem na implementação da SAE

Para alguns autores existem ordens diferentes de fatores que interferem na aplicação do PE e esses se inter-relacionam. Alguns fatores estão no âmbito da organização (políticas, normas, objetivos dos serviços, muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros). Outros fazem parte do próprio cotidiano desses profissionais (atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais), para os quais muitas vezes se busca explicação nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. Um outro fator é a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços – imposição de chefia de enfermagem, que valoriza mais a documentação do que a implementação efetiva dessa metodologia, na prática (HERMIDA, 2006).

Entre os fatores que mais interferem na implementação, citamos:

- Falta de preparo dos enfermeiros.
- Falta de conhecimento por parte dos profissionais de enfermagem sobre o processo.
- Carência de pessoal de enfermagem/enfermeiros.
- Falta de tempo.

Para o sucesso da SAE deve haver parceria com a educação continuada, a fim de suprir as dificuldades reais dos profissionais, com enfermeiros

responsáveis/competentes, que tenham referenciais teóricos, objetivos assistenciais e avaliem constantemente essa práxis.

As tentativas nem sempre atingem o êxito desejado, pois “esbarram” em dificuldades das mais variadas origens, tornando a implementação da SAE um processo desestimulador e muitas vezes inviável na prática dos profissionais de enfermagem. Outras vezes ela persiste basicamente como atividade burocrática, perdendo toda a sua essência (HERMIDA,2006).

Os estudos de caso e, posteriormente, os planos de cuidado, surgem como primeira tentativa de implementação de um planejamento da assistência de enfermagem, e os cuidados são propostos com base no diagnóstico médico. As tentativas refletem um interesse técnico dos enfermeiros em dominar o cuidado e organizar o trabalho de enfermagem com base em ações estabelecidas a partir da análise de dados. Entretanto, na realidade, se observam ações fundamentadas em um saber empírico e em regras técnicas estabelecidas com base em orientações e determinações feitas pelo médico ou legitimadas pela tradição. O desempenho dessas atividades obedece a uma organização com base na execução de tarefas (ROSSI et al. 2002).

A escolha da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta se dá pela possibilidade de abordar os problemas de ordem biológicas, sociais, psicológicas e espirituais, abarcando assim o indivíduo de forma holística, o que em outras teorias muitas vezes não se torna tão explícito.

III- SUJEITOS E MÉTODOS

Cenário

A Estância Turística de Salto¹, cidade a 100 quilômetros da capital, possui 0,809 de IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), segundo fonte do IBGE (2000), o que dá à cidade a 112º colocação no ranking dos municípios.

Com população estimada em 108.552 habitantes, pelo IBGE (2007). Destes, 9.010 têm mais de 60 anos (4.490 homens e 4.520 mulheres), divididos em uma unidade territorial de 134,6 quilômetros quadrados.

A região onde se insere a cidade de Salto está entre as primeiras no processo de penetração do território, desde a segunda metade do século XVI. Registros históricos dão conta da presença de uma aldeia dos índios guaianás ou guaianazes, do tronco Tupi-Guarani, nas imediações da cachoeira, à qual chamavam Ytu Guaçu, Salto Grande em língua nativa. Esses índios, assim como outros das margens do Tietê, foram repelidos ou aprisionados nas investidas das primeiras bandeiras paulistas, que os levaram para abastecer de mão-de-obra as roças nas vilas do planalto.

O município de Salto localiza-se no contato entre o Planalto Cristalino Atlântico, com relevo característico de "mar de morro" e altitudes de 700 a 800 metros na Serra do Itaguí, e a Planície sedimentar paleozóica da depressão

¹ IDH é um índice que leva em conta três áreas essenciais, saúde, educação e renda, para determinar o desenvolvimento humano.

Periférica Paulista. A linha de contato entre duas regiões passa dentro da cidade, praticamente a uma centena de metros, paralelamente à margem direita dos rios Jundiáí e Tietê, prosseguindo por este rio até alcançar a região das cachoeiras do Itu-Guaçu.

Um dos aspectos de maior importância para o atendimento das condições ambientais que propiciaram o surgimento de Salto é a grande riqueza dos recursos hídricos, traduzidos por rios originalmente piscosos e elevada energia hidráulica (Tietê e Jundiáí), ribeirões (Piraí, Buru, Guaraú), inúmeros córregos e nascentes. Em relação a equipamentos urbanos, o município possui um hospital, com Pronto-Socorro e Pronto-Socorro Pediátrico, três alas de internação - Pediatria, Maternidade e Clínica, e 86 leitos, Centro Cirúrgico – para cirurgias de baixa e média complexidade, UTI e ambulâncias.

A cidade tem dez Unidades Básicas de Saúde que atendem a toda a zona urbana da cidade, com serviços de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Há imunizações, medicamentos, inalação e curativos, além de outros procedimentos de enfermagem. Centro de Especialidades, dando atendimento em 17 áreas, servindo de referência para a Rede Básica, acoplado ao hospital municipal. Há ainda o CISM – Centro Integrado da Saúde da Mulher, referência da rede básica, oferecendo atendimento para gestante de alto risco, planejamento familiar e mastologia, localizado no espaço junto ao hospital. Duas unidades de Saúde Mental, com psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Há apenas uma entidade do CECOI – Centro de Referência ao Idoso, no centro, farmácia popular e atendimento domiciliar.

Salto, apesar de grande número de idosos (9010 de um total de 108.552 habitantes), não possui nenhuma Instituição de Longa Permanência para Idosos municipalizada. As ILPIs são privadas, dados que o setor de Vigilância Sanitária cita como 11 no município, todas de porte menor que a da pesquisa.

Campo da Pesquisa

O interesse pela seleção de determinada instituição aconteceu porque o pesquisador já tinha conhecimento, por terceiros, sobre a mesma, o que facilitou também a autorização do proprietário para a pesquisa.

O estudo foi desenvolvido em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter privado, na cidade de Salto, interior de São Paulo.

A instituição está localizada em uma chácara, com área total de dois alqueires. A casa principal ocupa 5200m², rodeada de verde e jardins, com bancos de madeira, em um bairro distante do centro da cidade. Há entrada principal para veículos, visitantes e colaboradores. Logo após a entrada se avistam a cozinha e o refeitório, do lado direito, onde os residentes com melhor condição física fazem as refeições, servidas em “esquema bandejão”, o que já caracteriza aspecto negativo à individualidade do residente. Logo em seguida, está o posto de enfermagem (muito pequeno), que passava por reestruturações. Ao lado do posto está o primeiro quarto, denominado “quarto de cuidados rigorosos”, no qual estão os internos com grau de dependência elevado. Tem quatro leitos. Ao lado, mais dois quartos coletivos, com dois leitos cada. Avistam-se uma área verde e a casa principal (composta por mais

seis quartos, com três e quatro leitos cada). À esquerda, mais um quarto com quatro leitos. Os residentes são distribuídos de acordo com o seu grau de dependência e demanda. A instituição tem capacidade total de 36 residentes, distribuídos em quartos individuais e coletivos, de dois, três ou quatro leitos.

Os quartos são distribuídos entre a casa principal e quartos externos, com interligação uns com os outros.

Há ainda outros compartimentos, como lavanderia, depósito de material de limpeza, manutenção e uma pequena piscina. A casa principal é avarandada, de piso frio. Na cobertura, telhas de barro e laje, com pintura de látex nas paredes internas, tanto da casa principal como dos demais quartos. A pintura está envelhecida por falta de retoque. Os quartos externos têm banheiro privativo, com mais dois banheiros na casa principal. Todos os quartos têm janelas com telas e boa iluminação, mas odor não muito agradável. A casa tem também uma área onde se encontram alguns animais - patos, gansos e outros.

De modo geral, a instituição tem boa aparência e boa estrutura física. No entanto, a primeira impressão mostra uma administração ineficiente.

Os residentes são atendidos por uma equipe multiprofissional composta por um médico cardiologista, com uma visita semanal, um enfermeiro com duas visitas semanais, uma fisioterapeuta que atende aos clientes mais necessitados e de acordo prévio com os familiares, auxiliares e técnicos de enfermagem, com carga horária de 12 por 36 horas e cuidadores com 10 horas diariamente, além dos serviços de apoio (manutenção, limpeza, lavanderia e cozinheira). Contam ainda, para as ocasionais

necessidades, com o serviço público de Saúde do município, o Hospital Municipal e Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Sujeitos

Neste estudo, as coletas de dados foram realizadas com 33 residentes, sendo 17 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 85 anos, que se encontravam na instituição naquele período. Não houve critério de escolha, pois todos requeriam um Histórico de enfermagem, bem como as fases seguintes.

Alguns residentes têm familiares e recebem visitas freqüentes. Outros não têm familiares e não recebem visitas.

As coletas e exames físicos foram realizados individualmente, pelo pesquisador, e cinco alunas e três alunos do Ceunsp (Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio), de fevereiro a abril de 2008, na própria instituição, durando em média 60 minutos.

Todas as outras fases da implementação da SAE foram realizadas com os mesmos residentes que participaram da fase inicial.

Os sujeitos foram informados verbalmente e por escrito sobre o objetivo do estudo, bem como assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Alguns foram assinados pelos familiares, pois estavam impossibilitados de assinar.

Tipo de Pesquisa

A presente investigação é uma pesquisa-ação. A pesquisa-ação tem sido utilizada, nas últimas décadas, de diferentes maneiras e com diversas intenções.

Segundo Franco (2005), se alguém opta por trabalhar com pesquisa-ação por certo tem a convicção de que a pesquisa e ação podem e devem caminhar juntas quando se pretende a transformação da prática. No entanto, a direção, o sentido e a intencionalidade dessa transformação serão o eixo da caracterização da abordagem da pesquisa-ação.

A partir dessa reflexão, surgem indagações: a pesquisa-ação deve ser essencialmente de transformação e/ou mudança no contexto no qual se insere, ou propostas de transformações não necessariamente implementadas na prática.

Parece que a literatura não abarca tais reflexões, mas Franco (2005) afirma que a pesquisa-ação torna-se a ciência da práxis exercida pelos técnicos no âmago de seu local de investimento. O objeto da pesquisa é a elaboração da dialética da ação num processo pessoal e único de reconstrução racional pelo ator social.

Franco (2005) ressalta que quando falamos de pesquisa-ação, estamos nos referindo a Pesquisa na ação; Pesquisa para ação; Pesquisa com ação; Pesquisa da ação; Ação com pesquisa; Ação para a pesquisa; Ação na pesquisa.

Existem diferenças nessas citações, mas se esquecermos a intencionalidade metodológica e as aplicarmos à prática todas se complementam, dando origem a um único significado.

É também estudo exploratório, descritivo, e de abordagem quanti-qualitativa. Para realizá-lo, primeiramente foi feito levantamento bibliográfico acerca da temática da Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando as bases de dados do Lilacs, Medline e Bdenf, no sistema Bireme.

Após o levantamento, houve a leitura dos títulos encontrados nas referências selecionadas, identificando a implementação como ponto principal, a partir do qual deu-se a elaboração do fichário, com as anotações imprescindíveis e as palavras-chaves, bem como análise e considerações do pesquisador, a serem incluídas na fase seguinte de início da pesquisa-ação, na qual houve quatro etapas, interligadas e inter-relacionadas de forma circular e uniforme.

Instrumentos e Etapas

Primeira Etapa: composta por três visitas iniciais.

- Primeira visita: conversa com o proprietário e administrador sobre a intenção da pesquisa e a possibilidade de executá-la. O trabalho foi autorizado sem problemas maiores, e se demonstrou até bastante interessado.
- Segunda visita: o pesquisador conheceu os residentes em um diálogo informal, conhecendo as particularidades dos 33 residentes na época.
- Terceira visita: após análise das dificuldades que o pesquisador enfrentaria, um novo diálogo com o proprietário foi necessário, diante dos sujeitos encontrados. Na ocasião, solicitou-se ao pesquisador a implementação do

Sistema de Assistência de Enfermagem, tornando-se então o objetivo principal deste estudo, bem como a análise da implementação.

Segunda Etapa: para a coleta de dados foi elaborado um instrumento compatível com a teoria dos Padrões Funcionais de Gordon (2002). O qual, após uma revisão rigorosa da literatura, foi escolhido por ser o que mais se aproximava da realidade encontrada para organizar dados, metodicamente, e registrá-los.

O autor enfatiza as respostas das funções funcionais de saúde diante das agressões externas do contexto do indivíduo, que corresponde à primeira fase da Sistematização da Assistência de Enfermagem, composto por Coleta de Dados e Exame Físico de Enfermagem. A partir de então elaborou-se um instrumento estruturado baseado na Teoria de Gordon (2002), (Apêndice 1), do seguinte modo: Dados biográficos; Medicamentos em uso; Dados subjetivos; Dados objetivos divididos em: Padrão e percepção de saúde – controle de saúde; Padrão nutricional – metabólico; Padrão de eliminação; Padrão de atividade – exercício; Padrão de sono – repouso; Padrão de sexualidade – reprodução; Padrão sensorial – perceptivo; Padrão cognitivo; Papel de relacionamentos sociais; Padrão de autopercepção – autoconceito; Padrão de capacidade de enfrentamento – tolerância ao estresse; Padrão de valores e crenças.

Tannure (2008) descreve um sistema de padrão de saúde funcional para ajudar a identificar e formular diagnósticos de enfermagem. Com base nas categorias gerais, esse sistema permite a fácil organização das informações básicas de enfermagem obtidas durante o histórico de enfermagem inicial. Flexíveis e adaptáveis, esses padrões de saúde funcional podem ser utilizados para pacientes

em vários estados de saúde e doença, em todos os grupos etários e em todas as especialidades clínicas.

Foi detectada a necessidade de breve reunião com os colaboradores do serviço, a fim de sensibilizá-los sobre a importância da implantação da SAE, a necessidade de se seguir um referencial teórico, a relevância da aderência dos mesmos no processo, para o sucesso da implantação.

Nessa fase também foi registrada a dificuldade que o pesquisador teria em coletar esses dados, no tempo inicialmente determinado, necessitando de tempo maior. Participaram da primeira fase e das seguintes, cinco alunas e dois alunos do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio de Itu, alunos do pesquisador, os quais cumpriam seus estágios na disciplina que compreende o entendimento da SAE.

Os alunos, no entanto, não tiveram participação na elaboração dos formulários, somente da coleta propriamente dita, por causa do ano escolar.

Após a coleta de dados e Exame Físico dos 33 residentes, executado pelo pesquisador e alunos, e a correção e discussão realizadas com os alunos sobre as dificuldades frente ao formulário e sua aplicabilidade, passou-se para a etapa de interpretação dos dados encontrados.

Ainda nessa fase foi aplicado o Miniexame Mental (Anexo 1) nos residentes, com a finalidade de avaliar não o seu nível neurológico, mas a confiabilidade dos dados coletados, o que foi constatado pelo conhecimento empírico e científico do pesquisador no momento da segunda visita à instituição.

É válido ressaltar que na ocasião o serviço passava por dificuldades em relação ao déficit de pessoal da enfermagem, por causa da reestruturação da própria instituição.

Essa etapa, como base para as etapas seguintes da SAE, teve duração de quatro semanas seguidas, no mês de fevereiro.

A presença do pesquisador e dos alunos na instituição foi bem aceita pelos colaboradores e residentes, que ficavam ansiosos em chegar a sua vez, mencionando que ainda não haviam participado, demonstrando interesse e disposição em colaborar com o estudo.

Terceira Etapa: análise dos dados colhidos e exame físico, para elaboração dos formulários das fases seguintes da SAE. O pesquisador identificou também a necessidade de mais três formulários atrelados ao SAE, um sistema de classificação de Dependência para Idosos (Apêndice 4) para aplicar diretamente aos internos e um adaptado do Índice de KATz (Apêndice 5) para aplicar aos colaboradores para o comparativo. A falta de confiabilidade dos dados colhidos com os residentes, pela sua deterioração cognitiva, proporcionou também, ao pesquisador, parâmetros para protocolar cuidados no plano de cuidados de enfermagem.

Nessa etapa foi elaborado um segundo formulário, composto pelas fases seguintes da SAE: Mapa de Problemas Agrupados, Necessidades Humanas Básicas Afetadas, Diagnósticos de Enfermagem, Grau de Dependência, Plano de Cuidados de Enfermagem, Evolução de Enfermagem, em um único impresso, realizado pelo próprio pesquisador, Apêndice (3).

Tornou-se essencial a formulação de Guia de Orientação para o preenchimento do Impresso de Avaliação Física, pois se tratava de alunos, para todos terem a mesma forma de preenchimento (Apêndice 6).

Quarta Etapa: etapa de implementação do formulário compactado das fases subseqüentes da SAE. Executado com os 33 residentes, com duração semanal, sendo que pode ser mudado, acrescentado ou mantido a cada reavaliação semanal do residente, durante a visita de enfermagem.

Quinta Etapa: análise por parte dos profissionais de enfermagem da contribuição da SAE para suas atividades profissionais e melhor cuidado de assistência ao residente.

Procedimento

O início da pesquisa de campo aconteceu após breve treinamento da equipe de enfermagem abordando as possíveis mudanças e propostas de melhoria com a implementação da SAE em nosso serviço. O treinamento foi dado pelo pesquisador, em duas semanas consecutivas, com duração de duas horas/aulas dia. Além da equipe de enfermagem, participaram todos os colaboradores da instituição.

No treinamento foram abordados aspectos importantes do trabalho, como o papel de cada profissional de enfermagem, especialmente na atuação profissional na SAE. O pesquisador solicitou, logo no início do treinamento, a colaboração e a cooperação de todos os envolvidos, no que se refere ao cuidado com os internos e ao objeto da pesquisa.

Nesse mesmo período aconteceu um treinamento dirigido aos alunos da Ceunsp, do sétimo e oitavo semestres letivos, que participariam das fases da implementação da SAE. Cabe ressaltar que a escolha dos alunos se deu a partir de levantamento do pesquisador em relação ao interesse pela disciplina e pelo segmento idoso, os quais se destacavam em notas, aulas teóricas e estágios.

À coordenação do Ceunsp solicitou-se que a presença dos alunos na instituição fosse revertida em estágio, prontamente aceito.

O pesquisador determinou dois dias por semana para os alunos para o início do estudo, que se deu durante dois meses seguidos.

Na primeira etapa de coleta de dados e exame físico de enfermagem, utilizamos um teste cognitivo padronizado, o “Miniexame do Estado Mental” – MEEM - (Mini-Mental State Examination – MMSE) de Fostein, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Bertulucii et al. (1994). Provavelmente o mais breve teste usado em gerontologia, utilizado para rastreamento inicial do estado mental, que será analisado posteriormente nos resultados.

O MEEM envolve duas categorias de respostas: verbais e não-verbais. Os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação e memória de procedimento, atenção e linguagem. Os subtestes não-verbais medem a coordenação perceptivo-motora e compreensão de instruções.

O MEEM é composto de 30 questões categóricas (ver anexo 2), e a pontuação é feita da seguinte forma:

- 30 a 26 pontos: funções cognitivas preservadas.
- 26 a 24 pontos: alteração não sugestiva de déficit.

- 23 pontos ou menos: sugestivo de déficit cognitivo.
- Escores acima de 26 pontos são considerados ótimos e refletem funcionamento cognitivo normal.
- Indivíduos com prejuízos cognitivos leves obtêm escores de 20 a 26 pontos.
- Prejuízos cognitivos moderados são refletidos pelo escore de 11 a 20 pontos.
- Prejuízos severos por 10 pontos ou menos.

Observação: o escore 23 geralmente é indicativo de disfunção cognitiva; no entanto, a aplicação dessa nota de corte deve ser modificada pelo nível de escolaridade do paciente, pois alguns itens do teste exigem escolaridade mínima. Por exemplo, a tarefa da série numérica (que contribui de forma significativa na pontuação final) é difícil para muitos indivíduos idosos com limitação educacional. Já os que têm nível educacional mais alto podem apresentar considerável declínio cognitivo diante de um escore 23 pontos, ao passo que o mesmo escore para um indivíduo com limitações educacionais pode ser indício de normalidade.

É importante observar que o MEEM avalia presença de déficits cognitivos, e não de demência, cuja avaliação depende de outros testes e exames (FREITAS, VIEIRA e KOENIG, 2002).

Como medida preventiva, e com intenção de minimizar erros, o pesquisador solicitou que outros alunos colhessem os mesmos dados, a fim de ser possível uma comparação. Em grupo, pesquisador e alunos fizeram as devidas correções, esclarecendo dúvidas, partilhando sugestões, sendo tudo arquivado para as fases posteriores.

Essa medida foi tomada também pelos resultados registrados na tabulação dos resultados do Miniexame Mental.

Na segunda fase procedeu-se ao levantamento dos problemas de enfermagem, problemas colaborativos, agrupamento dos problemas em subgrupos, determinados com a predominância dos problemas de modo individualizado e holístico, no formulário do (apêndice 3) , identificando no mesmo, em forma de check-list, as necessidades humanas básicas, bem como o grau de dependência de cada interno.

Naquele momento, diante dos passos anteriores, houve a formulação dos diagnósticos de enfermagem, mencionados e discutidos nos resultados.

De acordo com os principais Diagnósticos de Enfermagem encontrados, destacados pela tabulação, foi possível padronizá-los de modo a minimizar o tempo para a execução dessa etapa e posteriormente para a prática, levando-se em conta que a grande maioria das Instituições de Longa Permanência para Idosos só possui um enfermeiro responsável, ao qual compete a execução da SAE, conforme determinam o Coren (Conselho Regional de Enfermagem) e o Cofen (Conselho Federal de Enfermagem).

A terceira fase se deu com a elaboração de mais um formulário, o de Sistema de Classificação de Complexidade de Idosos (Apêndice 4), adaptado de FUGULIN, et al. (2007) e aplicado diretamente aos residentes. Houve um segundo, a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz (Apêndice 5), preenchido pelos colaboradores da instituição, com orientação prévia do pesquisador, para ser feito um comparativo.

Segundo Fugulin et al. (2007), o sistema de classificação pode ser entendido como forma de determinar o grau de dependência de um indivíduo em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do indivíduo.

A escolha desse instrumento para adaptação aconteceu exatamente pelos indicadores que Horta (1979) aborda, seguindo as necessidades humanas básicas citadas pela autora:

Necessidades Humanas Básicas – “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”

(HORTA, 1979. p 39).

A idéia de classificar indivíduos não é recente. Florence Nightingale utilizou essa prática buscando localizar, mais convenientemente, na enfermaria, os indivíduos cujo nível de cuidado demandava maior atenção de enfermagem (FUGULIN, et al, 2007).

Para compor o instrumento de classificação de pacientes foram levados em conta oito indicadores considerados críticos: Nível de consciência, Medicação, Curativos, Higiene corporal, Locomoção, Deambulação, Alimentação, Socialização, Atividades de lazer e Recreação.

Cada indicador possui graduação de 1 a 4, mostrando intensidade crescente, de modo que 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e 4 ao nível máximo de complexidade de assistência.

O indivíduo é classificado em todos os indicadores em um dos quatro níveis, na opção que melhor descreva a sua situação.

Os valores obtidos individualmente, em cada indicador, são somados, conduzindo a uma categoria de cuidados: autocuidado, autocuidado monitorado, autocuidado assistido e dependência parcial.

Tem-se esta pontuação:

Autocuidado: de 8 a 12 pontos

Autocuidado monitorado: de 13 a 17 pontos

Autocuidado assistido: de 18 a 22 pontos

Dependência parcial: de 23 a 28 pontos

Foi importante a adaptação do Índice de Katz à nossa realidade, que ficou dividida em: Banho; Vestir; Ir ao banheiro; Transferência do leito ou cadeira; Continência intestinal ou vesical; Alimentação.

Com escore final de 18 pontos, obedeceu-se à seguinte classificação:

- De 3 a 6 pontos = independente
- De 7 a 12 pontos = dependência parcial
- De 13 a 18 pontos = dependente

A escala de Katz está incluída na maioria das avaliações multidimensionais e tem se mostrado válida nos quase 40 anos em que é utilizada.

Atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, atividades fundamentais para a manutenção da independência, como capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. Essas atividades foram denominadas atividades básicas de vida diária, ou

simplesmente Atividades de Vida Diária (AVD), segundo Freitas, Miranda e Nery, 2002.

Ambas as escalas de avaliação funcional das atividades básica serviram como parâmetros para protocolar um complemento do mesmo formulário, denominado prescrição de enfermagem, um roteiro sistematizado de intervenções de enfermagem.

Na quarta fase surge a necessidade de serem feitas as prescrições de enfermagem, mesmo havendo alguns cuidados básicos protocolados, com espaço suficiente para se acrescentar intervenções essenciais diante dos diagnósticos levantados. E, como complemento, espaço para a evolução de enfermagem, diante dos resultados obtidos nas fases anteriores.

A quinta etapa caracterizou-se, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas. Aplicou-se a técnica do grupo focal aos profissionais de enfermagem a fim de se compreender aspectos mais profundos e subjetivos da implementação da SAE.

Segundo Tanaka (2001), o grupo focal é técnica qualitativa, não diretiva, cujo resultado visa ao controle da discussão de um grupo de pessoas. É ferramenta aplicada a pequenos grupos, reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas.

Para o autor, os grupos focais podem ser utilizados em todas as fases de um trabalho de investigação. São utilizados, por exemplo, quando se investigam questões complexas no desenvolvimento e implementação de programas, como

aspectos relacionados a dificuldades, necessidades ou conflitos não claros ou pouco explicativos.

O grupo focal faz parte dos métodos qualitativos, que são menos estruturados, proporcionam um relacionamento mais longo e flexível entre o pesquisador e os entrevistados, e lidam com informações subjetivas, amplas, e com maior riqueza de detalhes do que os métodos quantitativos (DIAS, 2003).

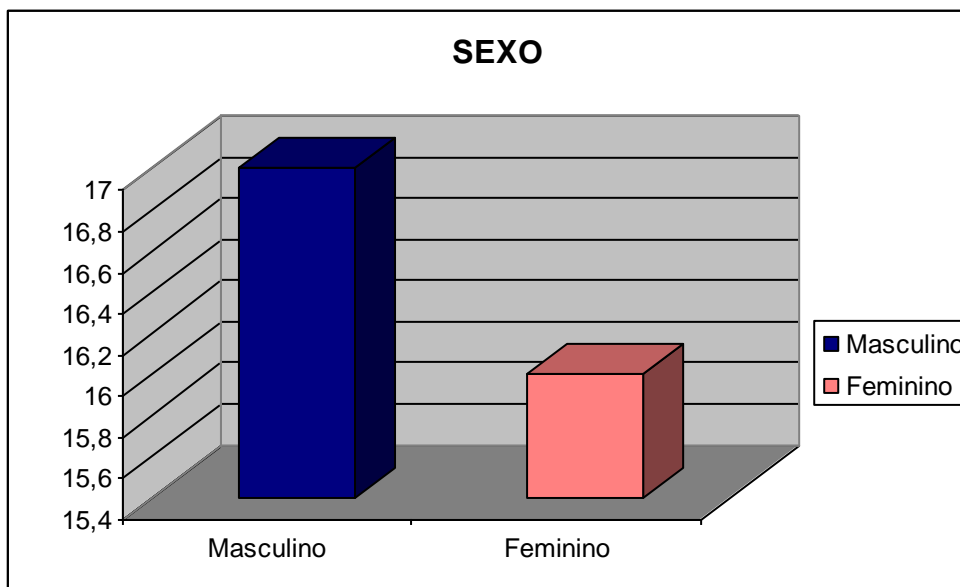
O grupo focal aconteceu em dois momentos, em reuniões agendadas com os colaboradores da enfermagem. Houve uma primeira reunião, da qual participaram o pesquisador, um redator (de fora da instituição) e quatro profissionais de enfermagem, cuja questão trabalhada foi verificar a melhoria na qualidade de vida do idoso a partir da SAE.

Na segunda reunião, marcada com relativa antecedência, discutiu-se o que a SAE havia trazido de vantagens e/ou dificuldades à rotina diária de trabalho do serviço de enfermagem.

IV- RESULTADOS E DISCUSSÕES

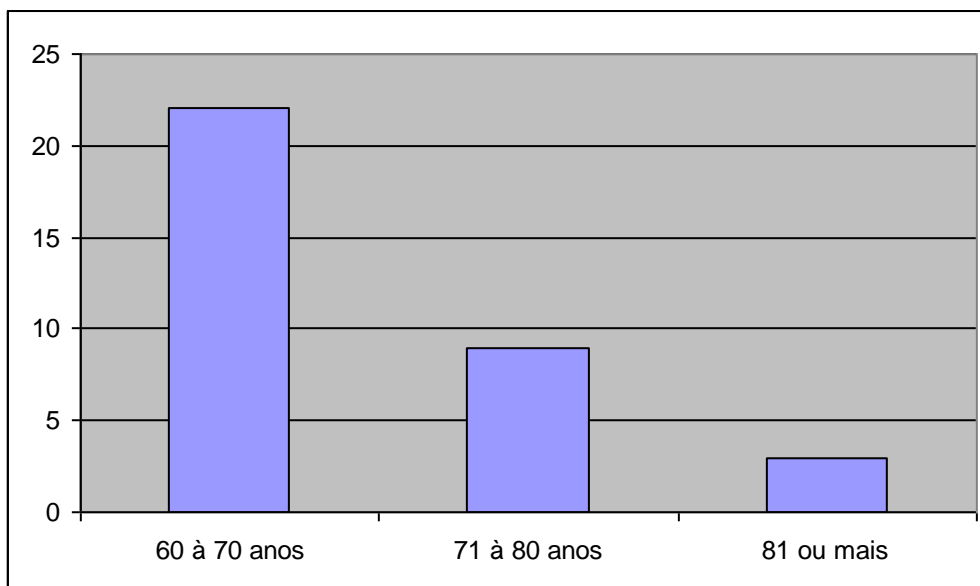
Fizeram parte do estudo os 33 internos residentes na instituição, com os quais houve destaque de alguns indicadores que merecem discussão: sexo, faixa etária, tempo de institucionalização, problemas de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas, diagnósticos de enfermagem, grau de dependência, comprometimento das atividades da vida diária, e Miniexame Mental.

Gráfico 1 – Número de Residentes do sexo masculino e feminino da instituição (mês 04 – ano 2008)



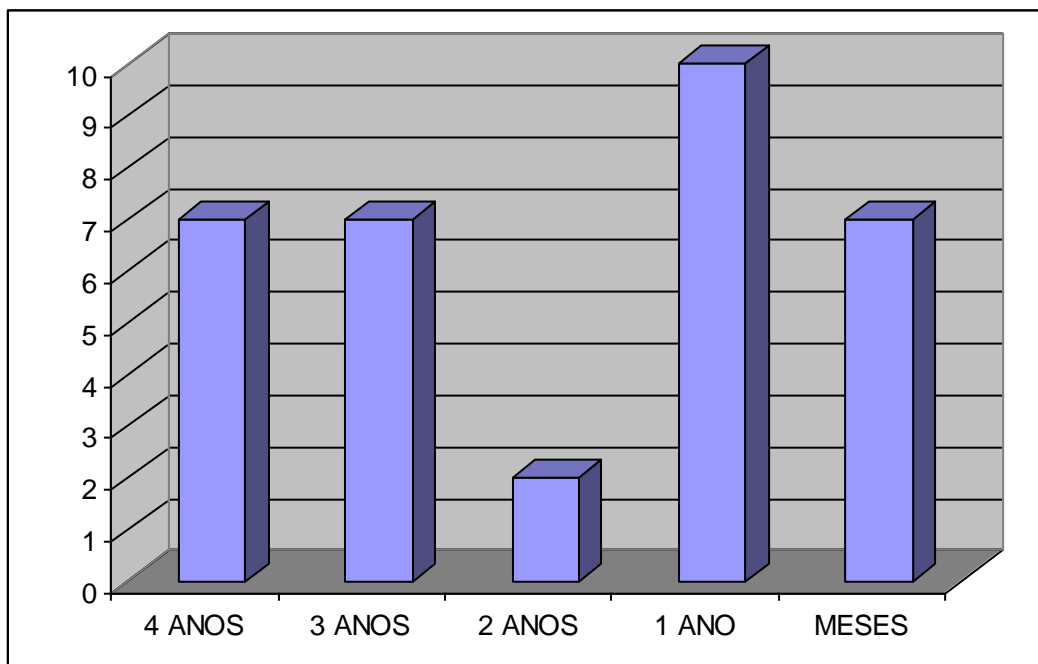
Observa-se no Gráfico 1 discreta vantagem para o sexo masculino: 51,51% a 48,48%. Apesar de estudos comprovarem a existência da feminização da velhice, a diferença encontrada na instituição é quase imperceptível.

Gráfico 2 – Residentes por faixa etária (mês 04 – ano 2008)



No Gráfico 2 destaca-se um número bastante expressivo dos residentes idosos na faixa etária de 60 a 70 anos (22 residentes), correspondendo a 66,66% dos 33 residentes pesquisados; a presença cai, na faixa etária de 71 a 80 anos, para nove residentes, correspondendo a 27,77% dos 33 residentes; e há queda brusca na faixa etária com 81 anos ou mais, para três idosos residentes, correspondendo a 9,09%. Conclui-se que a distribuição dos residentes por faixa etária não tem grande complexidade, conforme o sistema de classificação de complexidade e o Índice de Katz aplicado, o que leva a entender que para os residentes o avanço da idade traz limitações e transformações morfológicas, biológicas, sociais e espirituais, dependendo de mais cuidados de enfermagem.

Gráfico 3 - Tempo de Institucionalização dos residentes (mês 04 – ano 2008)

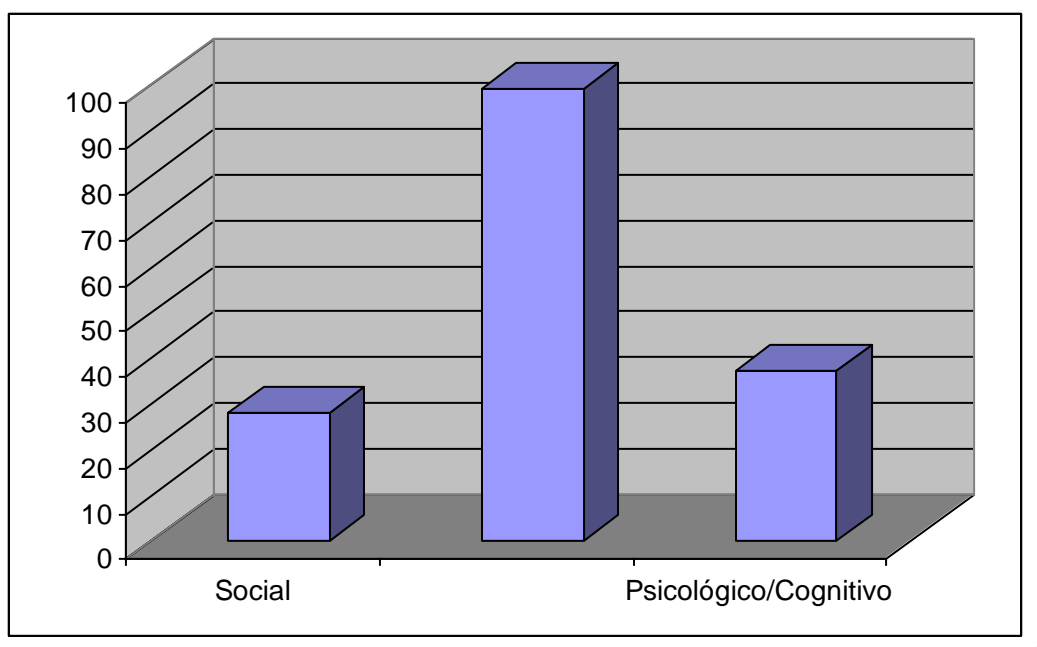


Destacam-se no gráfico dados relevantes, que comprovam tempo de institucionalização bastante variado, começando com quatro anos (21,21%), três anos (21,21%), dois anos (6,06%), um ano (30,30%) e alguns meses (21,21%).

Duas análises são imprescindíveis, primeiramente, a rotatividade de residentes na instituição com menos de dois anos pode indicar que, possivelmente, ela se dá pela falta de qualidade na assistência, organização e administração do serviço, observado pelo pesquisador durante a pesquisa, pois o mesmo neste momento é colaborador da instituição. Em segundo lugar, em relação ao tempo de institucionalização prolongada os residentes perdem a identidade e referências, o que está retratado no gráfico das necessidades humanas básicas afetadas, com destaque para as de

origem social. Pesquisas confirmam que a perda de identidade ocorre pela falta de espaço privativo, destinado agora ao viver em coletividade, dentro de regras e normas das instituições de longa permanência.

Gráfico 4 - *Problemas de Enfermagem dos Residentes (mês 04 – ano 2008)*

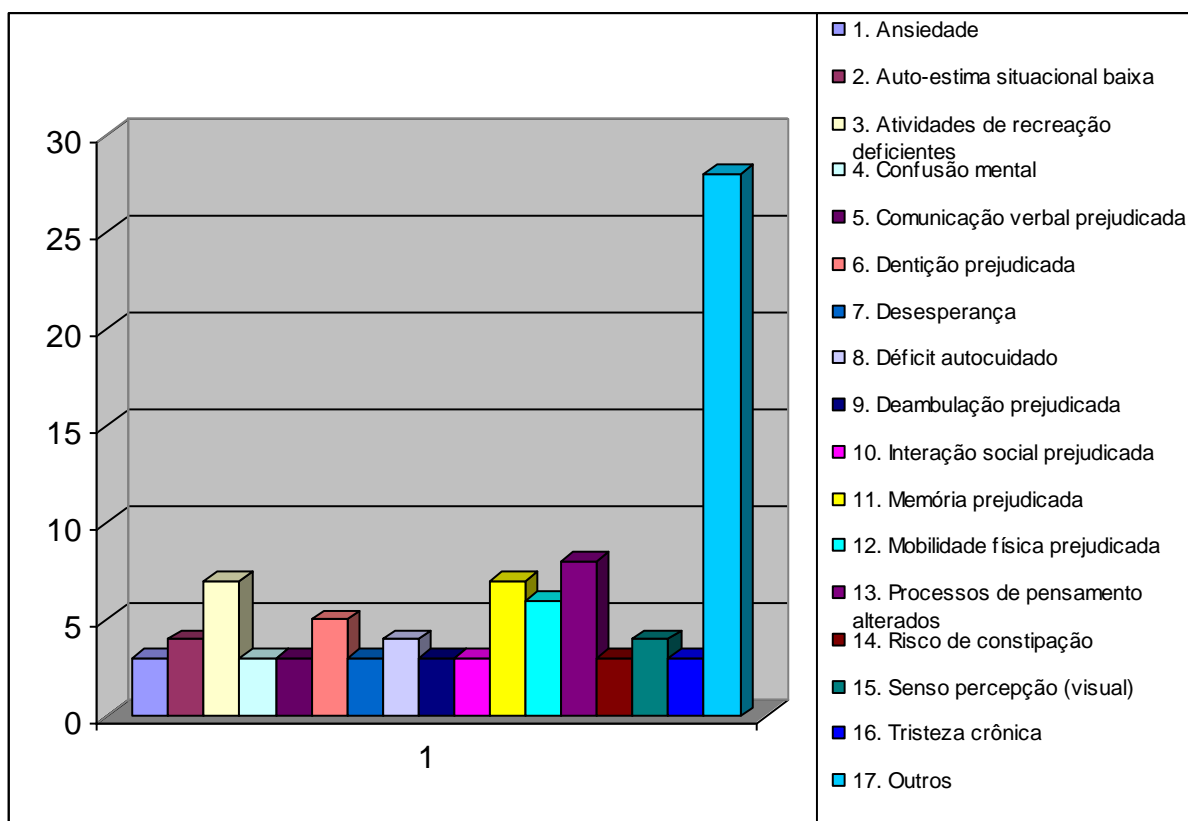


Apesar de os problemas de enfermagem estarem em vantagem acentuada em relação aos biológicos, as necessidades humanas básicas afetadas mais comprometidas foram as de origem social, fato constatado com base no formulário para avaliação física que segue a teoria de Gordon.

O impacto com destaque biológico se dá pelas transformações próprias do processo de envelhecimento, o que contrapõe às de origem social, possivelmente pelo tempo de internação prolongado e perda de identidade, por causa da perda de espaço

particular, passando a um espaço coletivo, no qual há isolamento social, tristeza, baixa auto-estima, solidão e ansiedade.

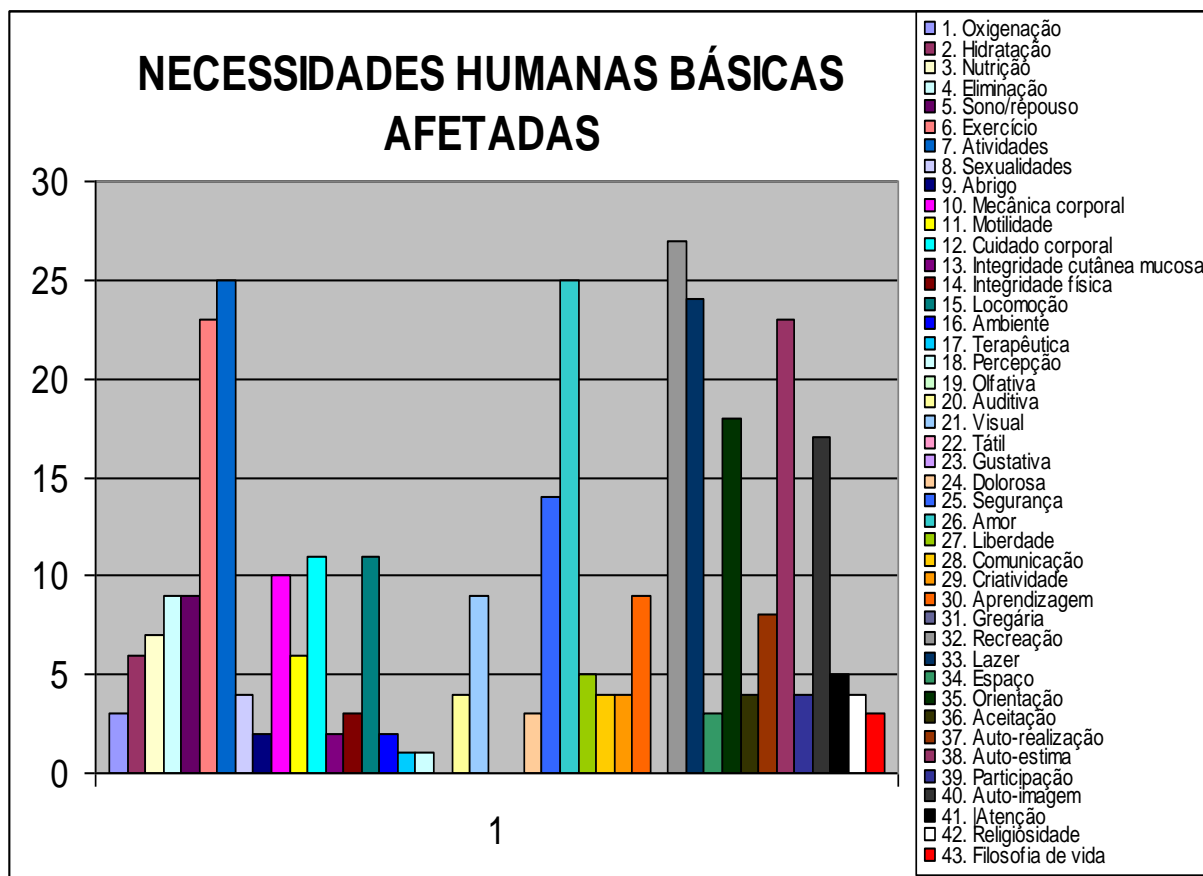
Gráfico 5 - Principais problemas de Enfermagem encontrados (mês 04 – ano 2008)



Há problemas os mais variados, com destaque absoluto aos de origem social, como abandono familiar, baixa auto-estima, confusão mental, dificuldade para dormir, chorar com facilidade.

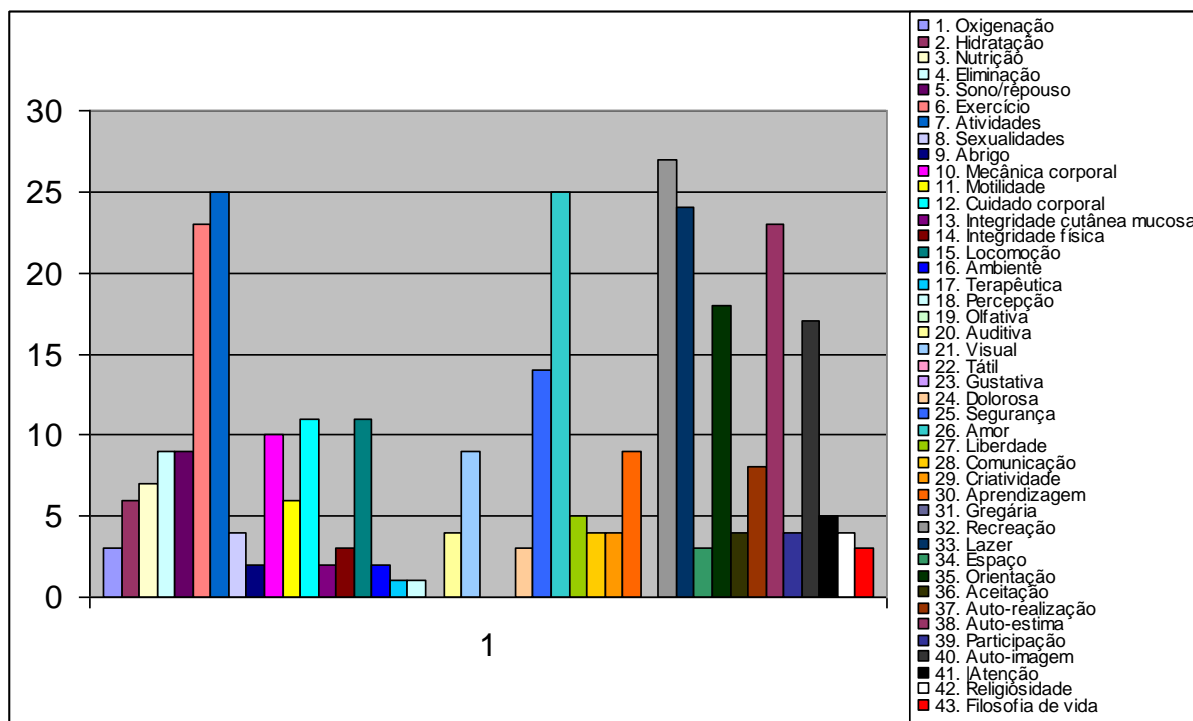
Os resultados relacionam-se ao tempo de instituição prolongada dos residentes, mas principalmente à perda de papéis sociais, responsabilidades, distúrbios de identidade e perda de espaço próprio.

Gráfico 6 - *Necessidades Humanas básicas Afetadas, segundo a teoria de Horta, dividido por classes, dentro das categorias biopsicossocioespirituais (mês 04 – ano 2008)*



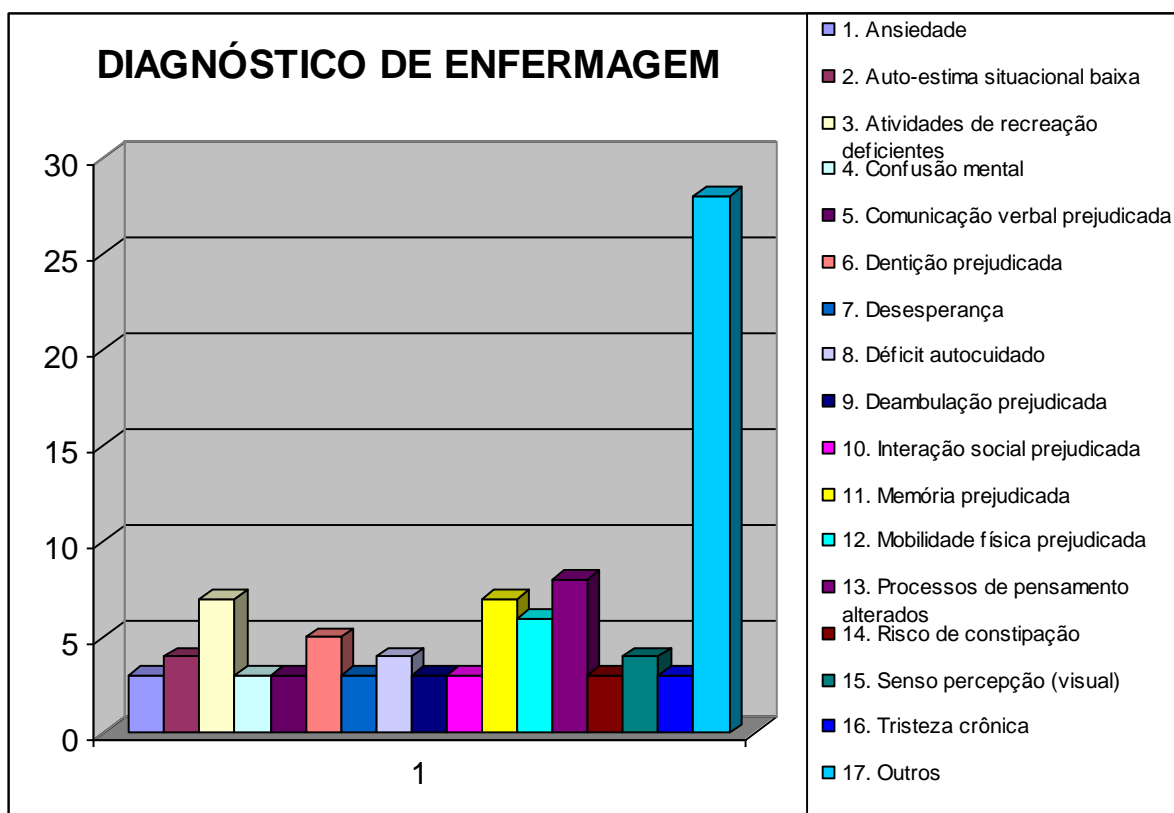
Podem ser citados os exercícios, atividades, segurança, amor, recreação, lazer, orientação, auto-estima e auto-imagem, obedecendo a uma linha de corte abaixo de 15. Novamente há o contexto das necessidades sociais no ranking, caracterizando que, apesar das limitações, transformações e dificuldades em relação ao processo de envelhecimento, destacam-se as necessidades humanas básicas de ordem social, concluindo-se que se essas necessidades fossem atendidas possivelmente diminuiriam de número os problemas de ordem biológica.

Gráfico 7 - *Necessidades Humanas Básicas Afetadas, segundo a teoria de Horta, dividido em categorias: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (mês 04 – ano 2008)*



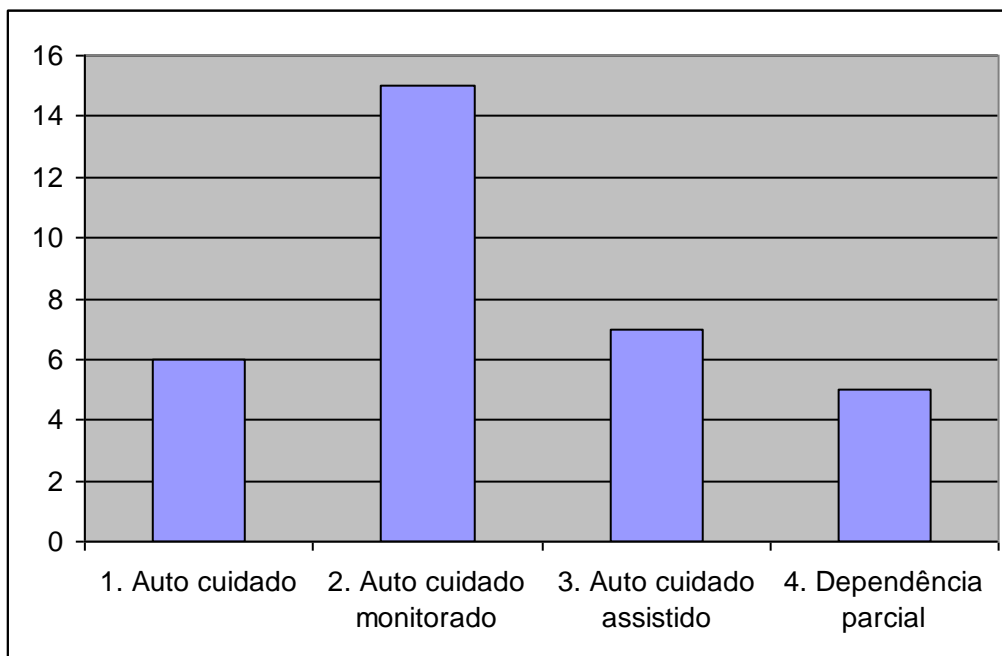
O gráfico mostra a distribuição das necessidades humanas básicas por categorias. Nota-se expressiva vantagem em relação às de origem social. Dentro das necessidades humanas básicas levantadas as psicobiológicas chegam a 149, as psicossociais a 204 e psicoespirituais a 7, nos 33 residentes institucionalizados.

Gráfico 8 – Diagnósticos de Enfermagem encontrados nos residentes (mês 04 – ano 2008)



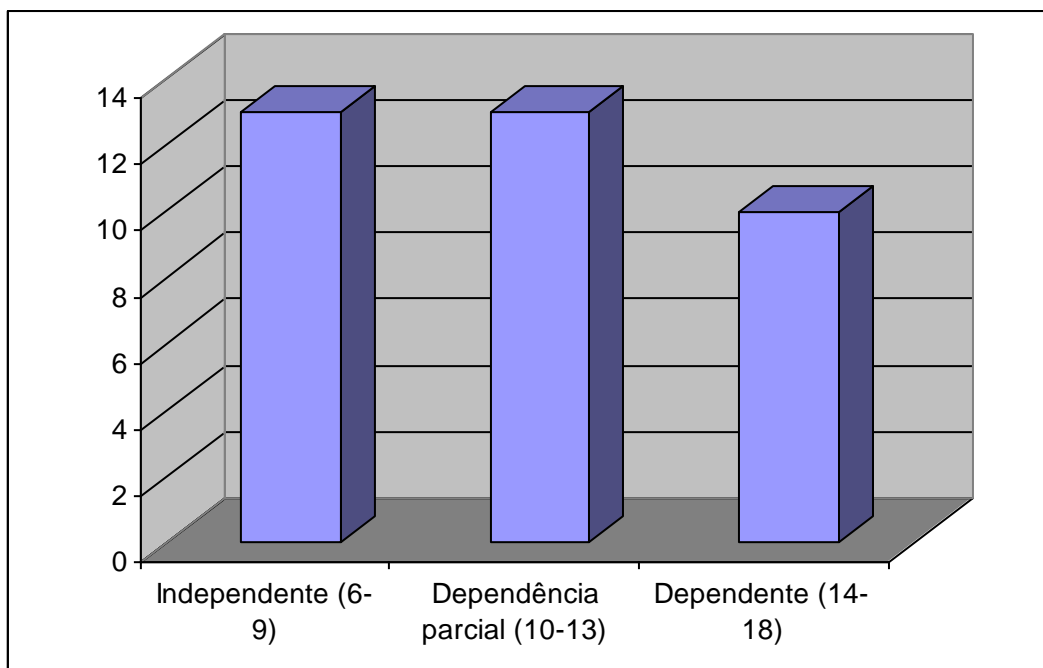
Nos Diagnósticos de Enfermagem há resultado bastante significativo: 62,5% dos principais diagnósticos são de ordem biológica e psicológica, e 37,5% de ordem social, o que retrata a relação dos problemas sociais aos biológicos e psicológicos. E aí tem-se que atuar para serem solucionados, como menciona Carpenito (2002). O diagnóstico de enfermagem é julgamento crítico sobre os problemas de saúde, reais e/ou potenciais, do indivíduo, da família, ou da comunidade. O enfermeiro o utiliza nas intervenções de enfermagem, sendo responsável pela solução.

Gráfico 9 – Resultado do Sistema de classificação de complexidade aplicado pelos alunos diretamente com os residentes idosos (mês 04 – ano 2008)



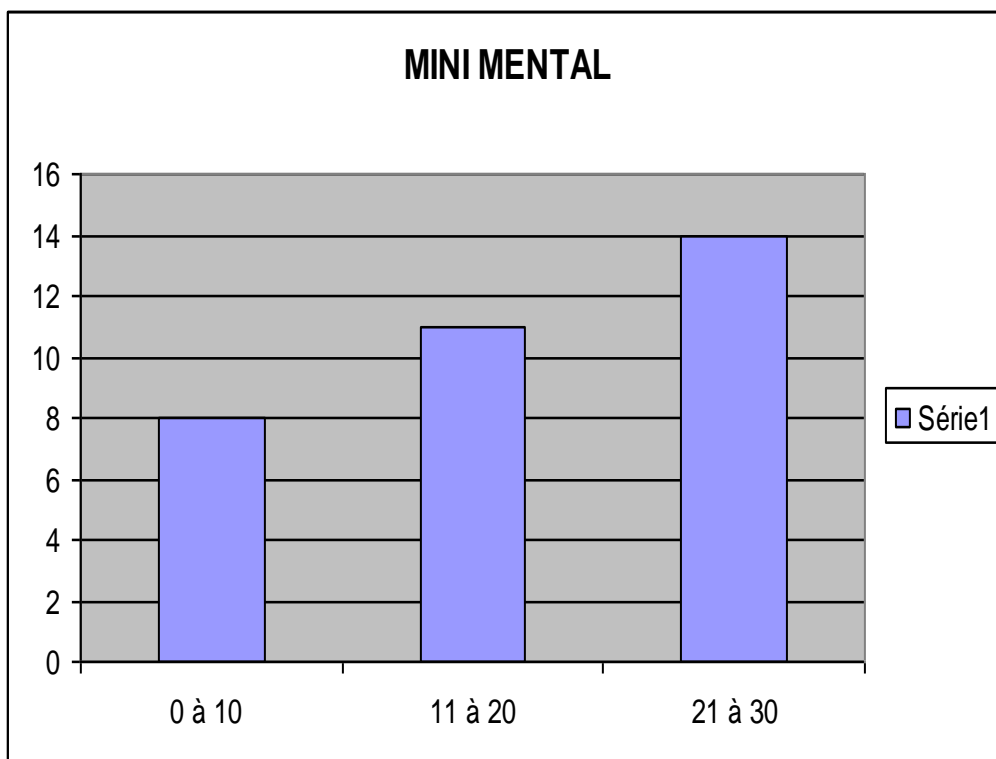
O sistema de classificação de complexidade mostra resultado importante para a padronização das intervenções de enfermagem, com a intenção de minimizar o tempo do profissional enfermeiro na execução dessa fase. Como resultado há o autocuidado monitorado (45,45% dos 33 residentes); em segundo lugar, o autocuidado assistido (21,21%); em terceiro lugar o autocuidado (18,18%); e, em último lugar, a dependência parcial (15,15%). O resultado facilitou a seleção das intervenções para padronização no formulário, tendo em vista que os residentes não são grande de complexidades, e que a maioria das intervenções de enfermagem deve ser de monitoração do autocuidado.

Gráfico 10 – *Demonstrativo do comprometimento das Atividades da Vida Diária, aplicado pelos colaboradores da instituição, como método comparativo do sistema de classificação de complexidade (mês 04 – ano 2008)*



Este formulário de avaliação, aplicado pelos colaboradores nos 33 residentes, foi feito com a finalidade de haver uma comparação com o anterior, a fim de serem verificadas a veracidade dos dados e a sua aplicabilidade. Por ser em formato mais simples (somente três opções), há resultado bem semelhante. Por um lado, prova o entendimento dos alunos e colaboradores em relação à aplicação dos testes e reflete dependência parcial, em primeiro lugar (39% dos 33 residentes). Em segundo e terceiro, dependente e independente (30% dos 33 internos em cada um) em relação às atividades da vida diária. Novamente há resultado de cuidado monitorado, pois se destaca a dependência parcial.

Gráfico 11 – Resultado do Miniexame Mental dos Residentes, constatado durante a primeira fase da SAE, formulário de Avaliação Física, segundo a teoria dos Padrões Funcionais de Saúde (mês 04 – ano 2008)



Mostra os resultados do miniexame mental como forma de parâmetro para avaliação do cognitivo e psíquico do estado geral dos residentes, mas pode ser relacionado aos dois anteriores, no que se refere à sua complexidade e atividades da vida diária, pois grande porcentagem destaca-se com boa pontuação (acima de 20). Segundo o autor, é significativo indício de avaliação mental, precisando somente ser monitorados nas atividades da vida diária, ou seja, no dia-a-dia. Como resultado foi encontrado o seguinte: de 0 a 10 pontos (oito casos, correspondendo a 24% dos 33 residentes); de 11 a 20 pontos (11 casos - 33%); de 21 a 30 pontos (14 casos - 42%).

Apesar do pouco tempo da implementação da SAE, os profissionais de enfermagem – aqueles diretamente com os residentes - percebem a mudança, mesmo pequena, na melhoria da assistência. Como respostas obtidas no grupo focal houve as seguintes contribuições:

- “Trouxe benefício para o cliente, pois é forma de lembrarmos a todo momento do cuidado com o residente”.
- “Os residentes estão sendo mais bem assistidos agora, pois tudo é detalhado como deve ser feito”.
- “Agora executamos os procedimentos rotineiros e também os não rotineiros”.
- “É uma forma de lembrar o que tem que ser feito e até mesmo incentivar a fazer”.

Em relação ao que a SAE trouxe de vantagens e/ou dificuldades à rotina diária do serviço de enfermagem, eis os comentários:

- “O nosso trabalho se tornou mais organizado”.
- “Houve distribuição de tarefas entre o pessoal da enfermagem”.
- “O cuidado tornou-se mais evidente, mais fácil de lembrarmos, e executar em tempo e da maneira correta”.
- “Aumentou bastante o nosso trabalho com o residente”.

Diante das respostas surgiram reflexões:

- Os colaboradores percebem a SAE como forma de organizar a assistência, acreditam na mesma e entendem a sua finalidade e importância para o residente?
- Conseguem visualizar como melhor distribuição de tarefas e detalhamento dos procedimentos a serem executados; queixam-se do aumento do trabalho, mas mencionam como uma ferramenta organizada do trabalho.

Algumas Considerações

O objetivo da pesquisa foi desenvolver um modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem, implantando-o em Instituição de Longa Permanência para Idosos, contribuindo para um melhor cuidado com a pessoa idosa residente em ILPIs.

Diante da transição demográfica, o Brasil se insere em um contexto internacional em que a população mundial caminha em direção ao crescimento zero. Ainda neste século (em 2075), segundo projeções da Organização das Nações Unidas, haverá próximo dos 9,2 bilhões de habitantes (BRITO, 2007). O contexto explica a necessidade de entender as transformações, limitações e adversidades que os indivíduos ultrapassam durante o processo de envelhecimento. Contudo, observou-se a necessidade da implementação de uma SAE individualizada.

O modelo de intervenção criado a partir de uma realidade local é de fácil utilização, e poderá proporcionar clareza à manipulação dos dados, pois permite a identificação dos problemas de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas e diagnósticos de enfermagem, que subsidiarão as intervenções de enfermagem, sempre pensando no indivíduo como um todo, gerando economia no tempo de registro dessas informações. Essa redução possibilita ao enfermeiro a administração da assistência centrada no paciente, e não apenas o gerenciamento burocrático de recursos humanos e materiais.

Os resultados obtidos neste estudo refletem o propósito de estimular os enfermeiros para a sua atuação com o residente, além de oportunizar o

desenvolvimento e entendimento das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A utilização da SAE permite aos profissionais enfermeiros perceberem como em sua dinâmica de atuação prática o conteúdo pode ser aplicado e como o raciocínio científico é fundamental para tornar o processo do cuidar desenvolvido pela equipe de enfermagem.

É possível refletir sobre as dificuldades encontradas na prática profissional como enfermeiro, bem como os obstáculos na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, mas ao mesmo tempo enfatizar as possibilidades e resultados ocasionados pela SAE em relação à melhoria da qualidade da assistência.

Cabe outra reflexão sobre o profissional que cuida: em que isso contribui, e se contribui, para o seu aprimoramento? O que o novo método de trabalho trouxe para sua vida? Sendo uma ferramenta que norteia as atividades da equipe de enfermagem, e sabendo que por meio dela podemos classificar o grau de complexidade e singularidade da assistência para o cuidado ao residente, o que a ILPI pode implementar para melhorar as condições de trabalho desses profissionais?

O estudo não pretende analisar os benefícios da SAE pós-implementada, porém torna-se necessário ressaltar que há melhoria na qualidade da assistência, talvez discussão para nova pesquisa, o que foi observado na prévia avaliação.

As etapas da SAE proporcionaram ao pesquisador a elaboração de projetos para atender às principais necessidades humanas básicas afetadas, levantadas a partir do formulário de avaliação física, destacando-se:

- *Projeto Vale a Pena Ver de Novo*. Trata-se de trazer recordações sobre o passado, por meio de filmes e história de vida, apresentados em filmes e vídeos, como em uma sessão de cinema. Com temas antigos, comédias e escolhidos pelos internos, devem promover reflexões e formas de vida alternativas na terceira idade. Com o objetivo de promover bem-estar, melhoria na auto-estima, interação interpessoal, socialização, resgate de memórias remotas, promover cultura e socialização. Será semanalmente apresentada uma sessão de cinema, sempre no período da tarde (16h), com duração média de uma hora e trinta minutos, na sala principal, monitorados pelos cuidadores. Tendo em vista o crescimento populacional de idosos, e um grande número de ILPI na cidade de Salto, como idéia futura acionar vínculos com as outras ILPI e abrir para um público maior, com a intenção de melhorar ainda mais a integração social, com número maior de idosos. Podem-se citar projetos semelhantes, como exemplo o do Cine Maior Idade, que tem como parceiros a Cinemateca, Secretarias, Organizações Sociais e Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (Nepe). Segundo Edgar Morin, apud Arantes (2008):

“Quando estamos no cinema acordamos para compreensão do outro e de nós mesmos. O vagabundo abominável que não olhamos na rua passa a ser amado quando vemos sob o personagem de Charles Chaplin, chora-se por ele, ama-se Chaplin, enquanto na rua seríamos capazes de virar as costas para um indivíduo que cheira mal. Os gângsteres, os chefes mafiosos, os reis de Shakespeare, os Raskolnikov não são redutíveis em seus atos. É curioso que ao cinema, assim como ao romance, correspondam surtos de compreensão. O que torna verdade as palavras de Heráclito: Eles dormem embora estejam acordados. Quando se dorme no cinema, acorda-se para a realidade.”

- *Projeto Educação em Saúde.* Palestras/conferências ministradas por profissionais de saúde em seminários, discussões e estudos de caso em relação à prevenção, assistência e reabilitação à saúde. Temas variados, com cronograma elaborado de acordo com a preferência dos idosos. Como objetivos, promover a cultura e buscar conhecimentos acerca da saúde, transferindo-os às atividades da vida diária. Será ministrada quinzenalmente (20 a 30 minutos), utilizando-se audiovisuais, slides e pôsteres, por distintos profissionais. Há a intenção de ser aberto à sociedade.
- *Projeto Exercitando para uma melhor qualidade de vida.* Exercícios físicos (alongamento e outros, como caminhada no ambiente). Objetivo: melhorar o preparo físico, promover longevidade, prevenir doenças, reabilitação, melhorar a função cardíaca e pulmonar. Aulas de alongamentos, dadas por profissionais, com a participação de todos. É imprescindível que todos participem.
- *Projeto Promovendo o Vínculo Familiar.* Visa à interação com o familiar do interno - em reuniões e datas comemorativas importantes, como aniversário, Páscoa, Natal e Ano Novo, por exemplo. Sempre com o objetivo de promover melhora e recuperar o vínculo familiar, interação pessoal e familiar, revalorizar a identidade, a auto-imagem e a auto-estima. Deverá ocorrer em reuniões da equipe com os familiares, a cada três meses, enfocando medos, problemas e questões pessoais. Há residentes que não têm familiares próximos. Em outros, esses vínculos já não se estabelecem mais. Surge a possibilidade de serem criados vínculos a partir da comunidade, com religiosos, por exemplo, a

fim de haver uma “adoção” do idoso, estabelecendo diálogos, mesmo informais, promovendo solidariedade e até mesmo outros arranjos familiares.

Projeto Atendendo às Necessidades Espirituais. Aborda o atendimento das necessidades espirituais, respeitando crenças, valores e visão em relação à religião. O objetivo é atender às necessidades espirituais e melhorar a qualidade de vida. Serão reuniões quinzenais (sábado ou domingo), com mestres religiosos, enfocando as religiões de maior preferência – há crentes, espíritas e católicos.

- *Projeto Conhecendo a Cidade.* Visa apresentar a cidade aos internos em passeios. O objetivo é valorizar a identidade, promover socialização, melhorar a auto-estima e a auto-imagem. Serão passeios mensais por Salto. Como recurso, a instituição se associaria a uma empresa da cidade, que nos forneceria o transporte. Haveria o acompanhamento do grupo de voluntários que está em fase de organização.

Fontes Bibliográficas

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

ANDRIS, D.A.; et al. **Semiologia: bases para a prática assistencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ARANTES, R.P.G. **Cine maior idade**. Disponível em:<<file:///E:/cineportal.htm>> acesso em 15 de maio de 2008.

BARROS, A.L.B.L.; et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECKER, H.S., **Evidências de trabalho de campo in: Método de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000.

BESTETTI, M.L.T. **Hospedando a terceira idade, recomendações de um projeto arquitetônico**. Disponível em:< www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/artelop/geral:artigo28.htm> acesso em: 23/03/2007.

BRITO FILHO, A. **A transição demográfica no contexto internacional**. 2007. 30 f. Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional II. Belo Horizonte – BH.

BRITO FILHO, L.F. **O processo de envelhecimento e o comportamento vocal.** Monografia de conclusão de curso. 1999. 42 f. Monografia de conclusão de curso de especialização em Voz. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC. Rio de Janeiro – RJ.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de Enfermagem:** Aplicação à Prática Clínica, 6^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CARVALHO, E.C. **Processo de Enfermagem:** O Raciocínio e Julgamento Clínico no Estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem. In: Fórum Mineiro de Enfermagem. Anais... Uberlândia: UFU, 2002.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. **O envelhecimento da população brasileira:** um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, 19(3), 2003.

CARRARO, T.E., WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB editora, 2001.

CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone editora, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (Coren). **Resolução Cofen nº 272/2002,** de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. São Paulo, 2003

DIAS, C.A. **Grupo Focal: Técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas**, 2003.

FERNANDES, A.E.R. **Avaliação da imagem corporal: hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. 2007. 142 f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte – BH.

FILHO, M.A.N., **Gestão de Serviços para Terceira Idade: uma opção via terceiro setor**. 2005. Mestrado em Administração em Serviços) UNIBERO-SP.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, p. 483-502, set./dez. 2005.

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FUGULIN, F.M.T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino** (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

GALLIANI, M.C.B,J. **Coleta de dados: avaliação de um modelo piloto**. Rev.latinom.am.enfermagem, Ribeirão Preto, v.4, nº 2, p 179-99, julho 1995.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: **52º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda-PE. 2000.

GENTIL, A.C. et al. **Implantação da sistematização da assistência de enfermagem** no centro de terapia intensiva do Hospital João XXIII. São Paulo, 2004.

GOLDFARB, D.C. **Corpo e temporalidade**: contribuições para uma clínica do envelhecimento. Disponível em:<portal do envelhecimento> acesso em: 10/032007.

GORDON, M. **Manual of nursing diagnosis** (10th ed.). St. Louis: Mosby – Year Book.

GOYAZ, M. **Vida Ativa na melhor idade**. Revista da UFG, vol. 5 n 2, dez. 2003, online (www.proec.efg.br)

HERMIDA, P.M.V. **Elaboração e validação do instrumento para coleta de dados na Assistência em enfermagem**. Ver Brás Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 314-20.

HORTA,W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INHASZ, L. **Teorias de enfermagem** – Wanda de Aguiar Horta (1926 a 1981)Disponível em:<<file:///E:/trabalhoscolares> >acesso em 24 de fevereiro de 2008.

JOHNSON, M. et al. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**: ligações entre NANDA, NIC e NOC. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JESUS, C.A.C. **Sistematização da assistência de enfermagem**: evolução histórica da situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE eNFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. Anais...Uberlândia:UFU, 2002, p. 14-20.

KALACHE, A. Ageing in developing countries. In: PATHY, M.S.J. **Principles and practice of geriatric medicine**. 2 ed. Chichester: Wiley, 1991.

KALACHE, A. **Envelhecimento**: é urgente repensar o Brasil. Disponível em:<www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1744.htm> acesso em: 13 de nov de 2006.

KOLATA, G. **Os caminhos do saber viver**. Disponível em:<<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2038.ttm>> acesso em:23 de março de 2007.

KOLATA, G. **A nova era**: apostando na longevidade. Disponível em:<<http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/nytimes/2006/08/31>> acesso em: 10 de março de 2007.

LIMAS, M.A.X.C. **O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento**. 2005. 123 f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de estudos Pós-Graduados em Gerontologia, São Paulo – SP.

LUNA, S.V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 1996.

MARTINEZ, S.H.L. **O significado do cuidado para quem cuida do idosos em uma instituição asilar**. 2003. 142 f. Tese de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo – SP.

MINAYO, M.C.S., **A Entrevista in: O desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo, Hucitec\Abrasco, 2000.

North American Nursing Association Diagnoses. Nursing Diagnoses: Definition and classification (2007-2008). Philadelphia: Author.

OMS (2002). **Envelhecimento ativo**. Departamento de Doenças-transmissíveis e Saúde Mental. 2º Encontro Mundial sobre o Envelhecimento. Madri: Espanha, abril de 2002.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso**: construção de um instrumento de avaliação do método do impacto clínico. 2004. 227 f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo – SP.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI R.R. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.2, p. 153-68, ago. 1998.

Pequena Manchester Paulista. Disponível em: <file:///E:/Salto-SP-regiao.htm> acesso em: 22 de fevereiro de 2008.

POTTER, P. **Semiologia em enfermagem**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

PRESSER, N.H. **Modelo de Configuração Organizacional para uma Instituição de Idosos**. 2005. 196 f. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis – SC.

RALPH, S.S. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Tradução Isabel crisitna Fonseca da Cruz; José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ROSSI, L.A; CARVALHO, E.C. **A coleta de dados: relação com modelos. Filosofia institucional e recursos disponíveis**. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. Anais... Uberlândia: UFU, 2002.

SALGADO, M.A. **Velhice uma nova questão**. 2ª ed. São Paulo: SESC- Centro de Estudo da Terceira Idade, 1982.

SANTOS, F.; et al. **Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et. al**. Rev. Latino-Am Enfermagem, setembro-outubro, 2007.

SANTOS, S.S.C. **Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin**. Portal do envelhecimento. Disponível em: <file:\\C:\Documents and Settings\UserName\Meus documentos\111.htm> acesso em: 06 de dez. 2007.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SILVA, C.A.; et al. **Relacionamento de amizade na institucionalização asilar**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v.27, n.2, Porto Alegre, jun. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci> acesso em: 28 de jun. 2007.

SOUZA, A.C.S.; KOMORITA, S.M. **Moradia e envelhecimento**. Disponível em:< <http://www.drauziovarela.com.br/entrevista/adomesticos7.asp>> acesso em: 10:03 de 2007.

SPERANDIO, D.J.; ÉVOR,A.Y.D.M. **Proposta para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva.** Disponível: < <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibrace/n8v1a011.pdf>>, acesso em: 22/02/2008.

TANNURE, M.C, GONÇALVES, A.M.P. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programa de saúde do adolescente** “um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TURATO, E.R., **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

VERAS, R. P; RAMOS, L.R; KALACHE A. **Crescimento da população idosa no Brasil; transformações e conseqüências na sociedade.** Ver. Saúde Publica 1987; 21: 225-33.

WEBER, J. **Semiologia:** guia prático para enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Anexos**Anexo 1****Miniexame do Estado Mental**

Instruções para aplicação e pontuação do Miniexame do Estado Mental:

Comece explicando que vai fazer um teste rápido de memória e orientação, que servirá como preparo para o paciente em relação ao conteúdo do teste.

Orientação Temporal:

Pergunte “Qual é a data?”. Provavelmente serão ditos o dia do mês e o mês. Pergunte pelo dia da semana e ano. Certifique-se que nenhum relógio está visível e pergunte “Sem olhar no relógio, que horas são?”. Considere correto até uma hora a mais ou a menos em relação à hora real. Um ponto para cada resposta correta.

Orientação Espacial:

Pergunte “Que lugar é este?”, apontando com o indicador para baixo, indicando o local específico (consultório, enfermaria etc.). Em seguida, pergunte “Que lugar é este?”, fazendo um gesto circular, para indicar o local genérico (clínica, hospital etc.). Na seqüência pergunte pelo bairro ou uma rua próxima ao local do exame, cidade e estado. Um ponto para cada resposta correta.

Memória Imediata:

Diga “vou falar três palavras que o sr (sra.) vai repetir em seguida e repetir novamente daqui a pouco”. Diga três palavras não relacionadas (p. ex.: vaso, carro e tijolo) no ritmo de uma palavra por segundo. Dê um ponto para cada palavra

repetida. Caso não sejam repetidas as três, diga-as novamente e peça para repeti-las, mas sem contar pontos dessa vez.

Atenção e Cálculo:

Pergunte “Quanto é $100-7$. Se a resposta for correta peça para subtrair 7 do resultado. Caso seja incorreta, aguarde um momento em silêncio. Se houver correção espontânea considere como certo e vá em frente. Se não houver, corrija e continue até completar 5 subtrações. Um ponto para cada resposta correta. Alternativamente diga “Gostaria que dissesse a palavra MUNDO letra por letra, mas de trás para adiante, começando pela letra O”. Um ponto para cada letra na posição correta.

Memória de Evocação Imediata

Memória de Evocação Recente

Diga “Lembra daquelas três palavras que foram repetidas? Gostaria que fossem repetidas novamente”. Um ponto para cada palavra correta.

Linguagem:

Mostre um relógio e uma caneta e pergunte o nome. Um ponto para cada resposta correta.

Diga “Repita comigo – Nem aqui, nem ali, nem lá”. Um ponto se corretamente repetido.

Diga “Faça exatamente como eu falar – pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque-o no chão”. Em seguida, coloque a folha de papel sobre a mesa em frente ao paciente. Um ponto para cada etapa correta.

Diga “Vou mostrar uma coisa para o sr. (sra.) ler e fazer. Estou pedindo uma coisa por escrito”. Mostre a frase: “Feche os olhos”. Um ponto se os olhos forem fechados.

Diga “Quero que escreva uma frase. Tem que ter começo, meio e fim. Pode ser um pensamento, alguma coisa que o sr. (sra.) fez hoje, o que quiser, mas tem que ter começo, meio e fim”. A explicação é necessária porque a resposta a um simples “escreva uma frase” pode ser escrever o nome. Um ponto se a frase for inteligível. Não considere erros na ortografia ou concordância.

Diga “Copie este desenho” e mostre dois pentágonos superpostos. Um ponto se duas figuras com cinco ângulos que se sobreponham por um deles for desenhado.

Miniexame		Pontos	Pontos
Orientação	dia do mês	1	
	Ano	1	
	dia da semana	1	
	Hora	1	
	Local específico	1	
	Local genérico	1	
	Bairro	1	
	Cidade	1	
	Estado	1	
Memória imediata	Vaso, Carro e Tijolo	3	
Atenção e cálculo	100–7 (sucessivos) ou Mundo	5	
Memória de evocação recente	Recordar os três objetos anteriores	3	
	Nomeação (relógio e caneta)	2	
	repetir “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1	
	Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão	3	
	Ler e executar: “Feche os olhos”	1	
	Escrever uma frase	1	
	Copiar um desenho	1	
Pontuação total		30	

Anexo 2**Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado Sr. Ivo Tadeu solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é “A Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos”, que está sendo realizada na PUC-SP. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, seus dados gerais e de sua saúde, necessárias ao preenchimento dos questionários, serão obtidas por meio de seu prontuário, do médico e do senhor. Todas essas informações são absolutamente sigilosas, serão mantidas comigo e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é absolutamente voluntária e, caso não queira participar, em nenhum momento o seu tratamento nessa instituição será prejudicado, podendo desistir de participar do estudo e solicitar a suspensão do seu consentimento mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu telefone para contato.

Alexandro Marcos menegócio

Pesquisador.

Salto, __/ __/ __ Consentimento do entrevistado

Apêndice 1

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM BASEADO NOS PADRÕES
DE SAÚDE FUNCIONAL**

I- Dados Biográficos

Nome: _____ data de nascimento __/__/____

Data de Admissão ____|____|_____.

Sexo _____ religião _____

Motivo da Internação: _____

Alergias _____ Escolaridade _____

Residência Coletiva Anterior: () sim () não _____

Medicamentos atuais:

Nome	Dose	Via	Finalidade	Dificuldade

Dados

subjetivos: _____

Dados objetivos:

II- Padrão percepção de saúde – controle de saúde

Aparência: _____

Cuidados pessoais _____

Postura _____ expressões _____

Altura _____ Peso _____ P _____ RF _____ T _____

PA _____

Efeito da doença nas AVD _____

Uso de álcool() fumo() drogas ilícitas()

Últimas imunizações _____ Incompleta ()

Adesão ao tratamento _____

Autocuidado: () independente () dependente () assistido () monitorado

III- Padrão nutricional-metabólico

Padrão Alimentar – Número de refeições por dia – 0 1 2 3 4 5 6 mais

Preferências:

Intolerância alimentar: _____

Dificuldade de mastigação: _____

Autocuidado na Alimentação: () independente () dependente () assistido ()
monitorado

Pele:

Coloração: _____ lesões _____

Turgor _____ umidade _____ Edema _____

Cabelo: _____

Unhas: _____

Mucosa oral: _____

Quantidade de dentes: _____ lesões: _____

Gengivas: _____ língua: _____

V - Padrão de eliminação

Eliminação intestinal:

Frequência: _____ coloração _____ dor _____

Consistência _____ colostomia _____

Laxantes/supositório/ enema _____

Eliminação vesical:

Frequência _____ coloração _____ dor _____

Volume _____ hematúria _____ incontinência _____

Retenção _____ infecções _____ cateter _____

Abdome:

lesões: _____ forma _____ Palpação _____

RHA: _____ fígado palpável _____ Bexiga palpável ()

Massas ou visceromegalias _____ elasticidade da pele _____

Rim _____

Reto:

Eritema: _____ lesões: _____ sensibilidade: _____

Autocuidado nas eliminações: () dependente () independente () na fralda () leito

IV- Padrão de atividade-exercício

Atividades diárias:

Higiene _____ dispnéia _____

Atividade de lazer _____ ocupação _____

Rotina de exercícios _____

Musculoesquelético:

Marcha: _____ postura: _____

Edema de extremidades: _____ simetria: _____

Creptação: _____ tônus: _____ força: _____

Movimentos Ativos () Movimentos passivos

Deambulação () dependente () independente () assistida () monitorada

Respiratório:

Forma do tórax _____ simetria _____

Tiragem costal _____ dor torácica _____

Murmúrio vesicular _____ ruídos adventícios _____

Dispnéia () tosse () expectoração () tontura

Cardiovascular:

palpitações _____ () rede venosa visível () não visível e palpável

PIM _____ Percussão _____

Ausculta cardíaca _____

V- Padrão de sono-reposo

Tempo de sono _____ qualidade _____

Dificuldade para dormir _____

Auxílio no sono _____

Ritual da hora de dormir: ler () TV() oração () outros () _____

VI- Padrão de sexualidade –reprodução

Menstruação: () ciclo regular () ciclo irregular

Menarca _____ menopausa _____ DUM _____

Gesta _____ para _____ abortos _____

Mamas:

Forma _____ simetria _____ mamilos _____

Secreção _____ massas _____ nódulos palpáveis _____

Genitália feminina:

Lábios _____ coloração _____ edema _____

Simetria _____ secreção _____ lesões _____

Genitália masculina:

Exame testicular _____ exame peniano _____

Lesões _____ retração prepúcio _____

Nódulos palpáveis _____ massas inguinais _____

Efeito da doença na sexualidade _____

VII- Padrão sensorial-perceptivo

Percepção de:

Visão _____ audição _____

Paladar _____ olfato _____

Tato _____ dor _____

VIII- Padrão cognitivo

Compreensão da doença _____

Compreensão do tratamento _____

Memória de evocação:

Remota _____ recente _____

Expressão de sentimentos: _____

Comportamento _____ discurso _____

Humor _____ processos do pensamento _____

Fluxo de Pensamento: () ilusão () espontâneo () seqüencial () apropriado () respostas demoradas () fuga de idéias () pobreza de pensamentos () bloqueio de pensamentos.

Minixame Mental

Funções	valores	pontos
Orientação: Ano, estação, dia	10	
Do mês, cidade, estado etc		
Memória: repetir o nome de três objetos	03	
Diminuir 7	05	
Repetir o nome de 3 objetos	03	
Linguagem: nomear 2 objetos	02	
Repetir 333	01	
Prova dos 3 comandos	03	
Ler e executar	01	
Escrever uma frase	01	
Copiar um desenho	01	
Total	30	

IX- Papel de relacionamentos sociais

Responsabilidades _____ visitas de familiares _____

Relacionamento com a equipe e amigos _____

X- Padrão de auto percepção-autoconceito

Identidade _____

Imagem corporal _____

XI- Padrão de capacidade de enfrentamento-tolerância ao estresse

Estressores _____

Método de enfrentamento de estresse _____

Sistemas de apoio _____

XII- Padrão de valores-crenças

Valores _____ objetivos _____

Práticas religiosas _____ relação com Deus _____

Visita de religiosos _____

Enfermeiro

Coren

Apêndice 2

Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem Protocoladas

Nome _____ Data _____

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Data	Data	Data	Data
1. Risco para infecção: - fator de risco-exposição ambiente hospitalar aumentada (), doença crônica(), defesas primárias inadequadas (), defesas secundárias inadequadas ().	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a importância da higienização do corpo, boca, mãos. Trocar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente. Orientar sobre a sua doença Orientar sobre a medicação Controlar SSVV 1x período e S/N Observar e anotar sinais de rubor, calor, edema, dor Não retirar curativos no banheiro. Proteger os curativos com tecido impermeável antes do banho. 				
2. Integridade da pele prejudicada – fator relacionado – imobilização física (), idades extremas (), medicações(), estado metabólico alterado (), proeminências esqueléticas (), déficit imunológico (), sensibilidade alterada, estado nutricional (), pigmentação alterada, circulação alterada; caracterizado por invasão de estruturas do corpo (), destruição de camadas da pele(derme) (), rompimento da superfície da pele(epiderme) ().	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o curativo anterior. Depilar a área perilesional, se necessário. Fazer limpeza da pele com S.F 0,9% em _____. Remover parcialmente tecido desvitalizado (tecido necrosado, crostas, excesso de fibrina). Fazer curativo em _____ utilizando _____. Manter úlceras ocluídas. Fazer anotações do aspecto da lesão/pele e /ou área perilesional a cada troca de curativo. 				
3. Risco para constipação intestinal: - fator de risco – medicamentos (), mudança de ambiente (), ingestão diminuída de fibras e líquidos (),	<ul style="list-style-type: none"> Estimular aceitação de legumes, verduras e frutas na dieta diária. Estimular ingestão de 8 a 10 copos de líquido diários. Anotar aspecto e frequência da eliminação intestinal. 				
4. Nutrição alterada menos que as necessidades corporais relacionados fatores econômicos (), falta de conhecimento sobre as necessidades nutricionais diárias (), caracterizado por ingestão inadequada de alimentos ().	<ul style="list-style-type: none"> Supervisionar a aceitação alimentar. Orientar sobre a necessidade de ingerir frutas, legumes, carnes, leite Pesar uma vez por semana. Organizar refeições pequenas, frequentes e balanceadas. 				
5. Dentição alterada relacionado - higiene ineficaz (), obstáculo econômico ao cuidado profissional, caracterizado por ausência de dentes ou dentes cariados (), uso de próteses.	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer material e incentivar e auxiliar na higiene oral. Supervisionar/Auxiliar a necessidade de cortar ou raspar alimentos. Discutir a importância da higiene oral. 				
6. Risco para integridade da pele prejudicada, fatores de risco: idade(), proeminências ósseas, _____), imunológicos(_____), sensibilidade alterada (_____), alteração no turgor (), estado nutricional (), mobilidade física().	<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar a temperatura da água do banho. Supervisionar/ realizar/ auxiliar aplicação do creme com a pele úmida. Orientar para não aplicar creme em interdígitos de MMII, periorbicular e perioral. Supervisionar para não permanecer muito tempo na mesma posição na cadeira (), no leito (), deambulando (). Supervisionar para não colocar bandejas com alimentos quentes no colo do paciente. 				

	<ul style="list-style-type: none"> Orientar / Supervisionar para não tomar sol das 10h às 16h. 				
7. Isolamento social relacionado a – alterações na aparência física (), estado de bem-estar alterado (), caracterizada evidência de deficiência física (), estado de bem-estar alterado ().	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o relacionamento com demais colegas da enfermaria. Incentivar ir ao solário conversar das 7h às 10h. Estimular lazer entre os colegas, TV (), leituras (), trabalhos manuais (). 				
8. Risco para solidão: - fator de risco – privação afetiva (), isolamento social().	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer ajuda para escrever carta ou telefonar para a família. Orientar/Supervisionar a família durante visitas, às quintas e domingos. Incentivar o relacionamento com demais colegas da enfermaria. Incentivar ir ao solário conversar das 7h às 10h. Estimular lazer entre os colegas, TV (), leituras (), trabalhos manuais (). 				
9. Dor relacionada ao processo saúde-doença, caracterizado por relato verbal de dor.	<ul style="list-style-type: none"> Dar atenção à queixa de dor e anotar local e tipo – pontada (), pressão (), latejante (). Proporcionar melhor posicionamento do corpo sentado (), deitado (), caminhando(), elevando (), abaixando (), MMSS, elevando(), ou abaixando MMII (). Adm. Analgésico com. 				
10. Déficit no autocuidado para alimentação (), higiene (), vestir, relacionado (), prejuízos muscular esqueléticos (), dor (), fraqueza evidenciado	<ul style="list-style-type: none"> Observar e relatar as capacidades funcionais. Monitorar diariamente higienização corporal e oral. Auxiliar durante a higienização corporal e oral Auxiliar as AVDS. Monitorar AVDS. 				
11. Padrão do sono perturbado relacionado a – Fatores psicológicos (), fatores ambientais (), fisiológicos(), -evidenciados por Insônia(), Insatisfação c/o sono().	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar ambiente calmo e tranquilo. Estimular atividades durante o dia. Administrar terapia medicamentosa CPM. 				
12. Ansiedade relacionada – crises situacionais – (), ambiente (), - evidenciado pela confusão (), tensão(), insônia (), inquietação.	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar técnicas de relaxamento. Despender 10 minutos com o paciente. Oferecer tranquilização verbal. Proporcionar atividades que promovem conforto. 				
13. Mobilidade física prejudicada relacionado – prejuízos muscular esqueléticos (), prejuízo cognitivo (). Evidenciado – capacidade limitada de realizar movimentos (), lentidão nos movimentos ().	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exercícios e passeios. Auxiliar nos exercícios ativos. Incentivar a independência. Posicionar o paciente em posição funcional. 				
14. Baixa auto-estima situacional relacionada – risco (), perda (), prejuízo funcional (), - evidenciado por relato (), expressão (), ou comportamento ().	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o paciente a cuidar de si próprio. Escutar o paciente de forma compreensiva. Encorajar a interação social. Avaliar risco para suicídio. 				
15. Memória prejudicada relacionados – distúrbios neurológicos (), distúrbios ambientais (). Evidenciados – esquecimento (), experiências observadas ().	<ul style="list-style-type: none"> Chamar o paciente pelo nome. Rotular seus pertences pessoais. Incentivar o paciente a desenvolver sua rotina. Observar os processos de raciocínio. 				
16. Risco de queda relacionado – Uso de medicação (), fatores ambientais (), idade acima de 65 anos (), fatores fisiológicos ().	<ul style="list-style-type: none"> Identificar situação de risco. Monitorar deambulação. Orientar quanto a medidas de segurança. Manter grade elevada durante o sono. 				
17. Risco de integridade da pele prejudicada – relacionado - imobilização física (), extremos da idade (), fatores mecânicos (), proeminências ósseas (), fatores fisiológicos ().	<ul style="list-style-type: none"> Mudar de decúbito a cada 4 horas. Proteger proeminências ósseas. Realizar massagem de conforto com AGE. Estimular a ingestão hídrica diariamente. 				

	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar cisalhamento. • Sentar o paciente pela manhã (4 horas) 				
Cuidados básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar (), auxiliar (), realizar higienização corporal e oral (). • Controlar dados vitais e comunicar intercorrência uma vez por plantão. • Auxiliar na alimentação e anotar aceitação. • Observar e registrar eliminações vesicointestinais. • Observar e anotar nível de consciência, comunicar alteração. 				

Apêndice 3**Sistema de Classificação de Complexidade do Cuidado de Idosos em
Instituição de Longa Permanência**

I – Autocuidado	8 – 12
II – Autocuidado Monitorado	13 – 17
II – AutoCuidado Assistido	18 – 22
IV – Dependência Parcial	23 - 28

Indicadores Críticos**Nível de consciência**

- 1 - Orientado em tempo e espaço ()
- 2 – Orientado com períodos de confusão mental ()
- 3 –Orientado com períodos de confusão e amnésia parcial ()
- 4 – Desorientado na maior parte do tempo ()

Medicação

- 1 – Sem uso ()
- 2 – Independente ()
- 3 –Monitorado ()

4 – Assistido ()

Curativos

1 – Não tem curativos ()

2 – Curativo pequeno que não impede movimentos ()

3 – Curativo médio que limita movimentos ()

4 – Curativo grande que impede movimentos ()

Higiene Corporal

1 – Higiene corporal sem auxílio ()

2 – Higiene corporal monitorada ()

3 – Higiene corporal assistida ()

4 – Higiene corporal realizada pela enfermagem ()

Locomoção\Deambulação

1 – Locomoção sem auxílio ()

2 – Locomoção monitorada ()

3 – Locomoção assistida ()

4 – Não se locomove nem com auxílio ()

Alimentação

1 – Alimentação sem auxílio ()

2 – Alimentação monitorada ()

3 – Alimentação assistida ()

4 – Não consegue alimentar-se pela via oral ()

Socialização

1 – Tem boa socialização com equipe e internos ()

2 – Tem boa socialização somente com alguns internos e membros da equipe ()

3 – Tem poucas preferências para a socialização ()

4 – Não tem boa socialização, na maior parte de tempo permanece sozinho ()

Atividades de Lazer e Recreação

1 – Participa de todas as atividades propostas ()

2 – Ocasionalmente participa das atividades propostas ()

3 – Raramente participa das atividades propostas ()

4 – É impossibilitado de participar das atividades pela dependência ()

Score Final _____

Apêndice 4

Formulário de avaliação das atividades de vida diária

Nome:		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho – banho de leito banheira ou chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, inclui roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Ir ao banheiro – dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações.		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas, e pode utilizar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro, higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio, como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre funções de urinar e evacuar.	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes”* ocasionais. *acidentes= perdas urinárias ou fecais.	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência.	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Apêndice 5**Guia de Apoio para o preenchimento de Formulário de Avaliação de Enfermagem Baseado nos Padrões de Saúde Funcional****Item: Dados Biográficos**

- **Nome:** anotar o nome do interno por extenso.
- **Data de Admissão:** anotar a data em dia, mês e ano.
- **Data de Nascimento:** anotar a data em dia, mês e ano.
- **Sexo:** masculino ou feminino.
- **Religião:** registrar a sua religião dominante atual.
- **Motivo da Internação:** anotar como motivo da doença ou motivo de sua institucionalização.
- **Alergias:** anotar se tem alergias a medicamentos, alimentos, poeira ou outros.
- **Escolaridade:** anotar o seu grau de escolaridade, em fundamental, médio ou superior.
- **Residência coletiva:** anotar se veio de outra residência coletiva, ou veio da casa de familiares.
- **Medicamentos atuais:** anotar os medicamentos dos quais faz uso atualmente, a dose, via de administração e a finalidade para o tratamento atual.

Item: Dados subjetivos

- Este local é destinado ao registro de dados relatados pelo interno, que são subjetivos, e não temos como confirmar inicialmente.

Item: Padrão de percepção de saúde e controle de saúde

- **Aparência:** anotar dados referentes à sua aparência física no momento.
- **Cuidados Pessoais:** anotar se o interno se encontra com os cuidados pessoais dentro dos padrões de normalidade.
- **Postura:** anotar a postura física que o interno ocupa no momento.
- **Expressões:** anotar as expressões faciais do momento.
- **Altura:** registrar em metros e centímetros a sua estatura atual.
- **Peso:** registrar em quilos o peso corporal atual.
- **Pulso:** refere-se ao registro dos batimentos cardíacos, identificando em bpm.
- **RF:** refere-se ao registro dos movimentos respiratórios que o interno apresenta por minuto, identificando em mrpm.
- **T:** anotar a temperatura corporal do interno.
- **PA:** anotar a pressão arterial, identificando em mmhg.
- **Efeito da doença nas AVDS:** anotar as dificuldades das atividades da vida diária, acometidos pela(s) doenças, como dificuldade de alimentar-se, vestir-se e outras.
- **Uso de álcool, fumo, drogas:** anotar com um X nos parênteses se o interno fizer uso atualmente.
- **Últimas imunizações:** anotar como completas ou incompletas as imunizações vigentes no calendário vacinal do idoso.

- **Adesão ao tratamento:** anotar se o interno apresenta boa aderência ao tratamento.
- **Autocuidado:** marcar com um x nos parênteses como o interno se apresenta em relação ao autocuidado, podendo ser independente, dependente, assistido ou monitorado.

Item: Padrão nutricional-metabólico

- **Padrão alimentar:** circular o número de refeições diárias que o interno faz.
- **Intolerâncias alimentares:** registrar se o interno apresenta intolerância a algum alimento, e se sim registrar quais.
- **Dificuldade de mastigação:** anotar se o interno apresenta dificuldade na mastigação, por deficiência.
- **Autocuidado na alimentação:** registrar com um x nos parênteses o quanto o interno tem o seu autocuidado na alimentação, podendo ser independente, dependente, assistido ou monitorado.

Subitem: Pele

- **Coloração:** anotar a coloração da pele do interno, como corada, icterícia, cianose, palidez, outras.
- **Lesões:** registrar se existe alguma perda de tecido de descontinuidade na pele, e se houver anotar quais, aspectos, e tipo de tecidos encontrados.
- **Turgor:** anotar o turgor da pele em preservado ou diminuído.
- **Umidade:** anotar se a pele se encontra úmida ou seca.

- **Edema:** anotar se existe presença de edema, avaliando e registrando suas características semiológicas: elasticidade, consistência e sinal de cacifo.
- **Mucosa oral:** anotar se esta integra ou existe perda de tecido de descontinuidade.
- **Língua e gengivas:** registrar se esta integra ou existe alguma lesão aparente.

Subitem: Anexos

- Anotar alterações em relação ao cabelo, unhas, dentes.

Item: Padrão de eliminação

Subitem: Eliminação Intestinal

- **Freqüência:** registrar a freqüência de eliminação intestinal como diária, a cada dois dias, três ou mais.
- **Coloração:** registrar a coloração das eliminações intestinais como amarelo claro, marrom, esbranquiçada, vermelho vivo, preta ou outras.
- **Dor:** anotar se o interno apresenta ou não dor durante as eliminações intestinais.
- **Consistência:** registrar a consistência das eliminações intestinais: pastosa, líquida, endurecidas, semilíquidas, semipastosas.
- **Colostomia:** anotar se o interno tem ou não colostomia.
- **Laxantes\supositórios\enema:** anotar se o interno necessita do uso de alguns desses dispositivos para auxiliar a eliminação intestinal.

Subitem: Eliminação Vesical

- **Frequência:** anotar as frequências miccionais do interno em números.
- **Coloração:** anotar a coloração da urina durante a micção, como amarelo-claro, amarelo-ouro, hematúria, esbranquiçada.
- **Dor:** registrar se o interno apresenta dor durante a micção.
- **Volume:** registrar o volume de urina médio diário.
- **Outros:** anotar se existe alguma situação de alteração, como incontinência, retenção, infecções ou se faz uso de cateter.

Subitem: Abdome

- **Lesões:** anotar a presença de perda de tecido de descontinuidade da pele no tegumentar abdominal.
- **Forma:** registrar o formato do abdome: plano, globoso, escavado, batráquio e avental.
- **Elasticidade da pele:** anotar a elasticidade da pele como: flácida, rígida ou distendida.
- **RHA:** anotar se os ruídos hidroaéreos estão presentes, diminuídos ou aumentados.
- **Massas e visceromegalias:** anotar se existe ou não presença de massas ou visceromegalias na palpação.
- **Palpação de rins, bexiga e fígado:** anotar se estão palpáveis e se são indolores durante a palpação.

Subitem: Reto

- **Eritema:** anotar se existe ou não na região anal, caracterizado como vermelhidão local.
- **Lesões:** registrar a presença ou ausência de perda de tecido de descontinuidade.
- **Sensibilidade:** anotar se a sensibilidade está mantida ou diminuída.
- **Autocuidado nas eliminações:** anotar se dependente, independente e uso de fralda.

Item: Padrão de atividade-exercício**Subitem: Atividades diárias**

- **Higiene:** anotar as condições de higiene diariamente, como boa, regular ou ruim.
- **Dispnéia:** registrar a presença ou ausência de falta de ar, durante as AVDS.
- **Atividade de lazer:** anotar a execução de alguma atividade de lazer, as facilidades e dificuldades.
- **Rotina de exercício:** anotar as atividades físicas diariamente, quando presentes.
- **Ocupação:** anotar se existe ou não outra ocupação do interno na instituição.

Subitem: Musculoesquelética

- **Marcha:** anotar se a marcha é preservada ou dificultosa.
- **Postura:** anotar se a postura é ereta, encurvada ou outras.
- **Edema de extremidades:** registrar a presença de edemas em membros inferiores e superiores.
- **Simetria:** registrar se existe simetria bilateral de membros inferiores e superiores.
- **Creptação:** anotar se existe presença de crepitações durante a palpação de membros inferiores e superiores.
- **Tônus:** anotar a presença de turgor da pele diminuído, preservado, após teste para avaliação.
- **Força:** anotar se força muscular é preservada, ou diminuída após testes para avaliação.
- **Deambulação:** se é dependente; independente; assistido ou monitorado.
- **Movimentos ativos:** anotar se o interno realiza movimentos dos membros inferiores e superiores sem auxílio.
- **Movimentos passivos:** registrar se o interno realiza movimentos dos membros inferiores e superiores com auxílio de aparelhos, enfermagem ou cuidadores.

Subitem: Respiratório

- **Forma do tórax:** anotar a forma do tórax anterior e posterior, como barril, peito de pombo, em funil, lordose, cifose, escoliose ou cifo escoliose.
- **Simetria:** registrar se existe simetria bilateral em ambos hemitórax.

- **Tiragem costal:** anotar se existe a presença de respiração dificultosa de modo a visualizar a pele encostada nos espaços intercostais.
- **Dor torácica:** registrar a presença de dor no tórax durante os movimentos respiratórios.
- **Murmúrio vesicular:** anotar a presença de murmúrio vesicular(movimento de inspiração e expiração) positivo, negativo, aumentado ou diminuído, se em um ou ambos hemitórax pós-ausculta pulmonar.
- **Ruídos adventícios:** registrar também pós-ausculta pulmonar se houve presença de ruídos respiratórios anormais, relatando a localização.
- **Dispnéia:** anotar agora se existe a presença de falta de ar pós movimentos de inspiração e expiração.
- **Tosse:** registrar se há presença de tosse seca, produtiva ou outras.
- **Expectoração:** anotar a presença de expectoração de secreções pulmonares.

Subitem: Cardiovascular

- **Palpitações:** registrar a presença de mal-estar, disparo, ou acelerar repentino dos batimentos cardíacos.
- **Rede venosa:** anotar se está visível, não visível e palpável.
- **PIM:** anotar a presença de ponto de impulso máximo, visível ou palpável, na altura do quinto espaço intercostal da linha média clavicular do lado esquerdo.
- **Percussão:** anotar pós exame de percussão o tipo de som encontrado sobre o precórdio, como sendo maciço normal, e outros anormais.

- **Ausculda cardíaca:** anotar pós-ausculda cardíaca a presença de bulhas cardíacas normais e anormais, bem como presença de sopros, identificando como normofonéticas, hipofonéticas, hiperfonéticas.

Item: Padrão de sono – repouso

Sub Item: sono

- **Tempo de sono:** anotar em média quantas horas de sono o interno costuma dormir entre dia e noite.
- **Qualidade:** registrar o quanto o sono é repousador ou não, deixando o interno cansado mesmo após horas de sono.
- **Dificuldade para dormir:** registrar a facilidade ou dificuldade para dormir.
- **Auxílio no sono:** anotar se faz uso de medicamentos ou outras terapias para auxiliar o sono.
- **Ritual na hora de dormir:** anotar se o interno, antes de dormir, costuma ler, ouvir música, fazer orações ou outros.

Item: Padrão de sexualidade-reprodução

Subitem: Menstruação

- **Menarca:** anotar a idade da primeira menstruação.
- **Menopausa:** anotar a idade em que cessou a menstruação.
- **Ciclo:** anotar se é regular ou irregular.

- **DUM:** anotar qual a data da última menstruação.
- **Para:** anotar a quantidade de partos.
- **Gesta:** anotar a quantidade de gestações.
- **Aborto:** anotar se houve abortos ou não das gestações citadas anteriormente.

Subitem: Mamas

- **Forma:** anotar o formato das mamas, podendo ser discóide, periforme, arredondada ou pendente.
- **Simetria:** anotar se existe simetria de igualdade entre as mamas direita e esquerda.
- **Mamilos:** anotar a avaliação dos mamilos, alterações e forma, como protuso, hipertrofiado, invertido ou pseudoinvertido.
- **Secreção:** registrar a saída de secreção pelos mamilos ou não.
- **Massas:** anotar se existe presença de massas palpáveis durante o exame de palpação das mamas.
- **Nódulos palpáveis:** anotar a presença de nódulos endurecidos e móveis durante a palpação.

Subitem: Genitália feminina

- **Lábios:** anotar a presença de alterações nos grandes e pequenos lábios pós inspeção e/ou palpação.
- **Coloração:** anotar a presença de alterações na coloração da genitália interna e externa.

- **Edema:** anotar a presença de inchaço em genitália interna e externa.
- **Simetria:** registrar a igualdade entres os lados direito e esquerdo da genitália externa e interna.
- **Secreção:** registrar a presença de saída de secreções anormais pela uretra e canal vaginal.
- **Lesões:** anotar a presença de lesões em genitália externa e interna como abscesso, verrugas, perda de tecido de descontinuidade e outros.

Subitem: Genitália masculina

- **Exame testicular:** registrar se durante o exame testicular houve achados anormais, como verrugas, nódulos ou lesões, orientar ao seu auto-exame testicular.
- **Exame peniano:** idem anterior, orientar ao auto-exame peniano.
- **Lesões:** registrar a presença de lesões em todo a região perianal.
- **Retração prepúcio:** anotar a presença ou não de prepúcio, orientar a importância da higiene.
- **Nódulos palpáveis:** anotar a presença de massas palpáveis durante todo o exame da genitália masculina.
- **Massas inguinais:** idem anterior.

Item: Padrão sensorial-perceptivo

Subitem: Percepção

- **Visão:** anotar em relação à acuidade visual, como mantida ou diminuída, relatar o lado.
- **Audição:** anotar se acuidade auditiva diminuída ou mantida pós exame, relatando o lado.
- **Paladar:** anotar se há alterações na percepção do paladar pós testes.
- **Olfato:** anotar se alterações no olfato pós testes.
- **Tato:** anotar se existem alterações na percepção do tato pós testes.
- **Dor:** anotar se existem alterações na percepção dolorosa.

Item: Padrão cognitivo

- **Compreensão da doença:** anotar o que o interno entende sobre sua doença.
- **Compreensão do tratamento:** anotar o que o interno tem de percepção sobre a importância do seu tratamento.
- **Memória de evocação:** anotar se existem alterações em relação à memória remota ou recente, e se ele expressa algumas idéias ligadas à sua memória.
- **Expressão de sentimentos:** anotar a forma de expressar seus sentimentos, como afetivo, pouco afetivo ou outros.
- **Comportamento:** anotar se existem alterações de comportamentos, e se existirem, quais.
- **Discurso:** anotar como se procede o discurso do interno, como apropriado, inapropriado, se existem fuga de idéias ou outros.
- **Humor:** registrar se existe mudança de humor freqüente, e se positivo anotar como se procede.

- **Processos do pensamento:** anotar como se procedem os seus pensamentos, se existe fuga, apropriado ou inapropriado.

Item: Papel de relacionamento

- **Responsabilidades:** anotar se o interno tem algumas responsabilidades na instituição e/ou fora dela.
- **Visitas de familiares:** anotar a freqüência de visitas de familiares e/ou amigos.
- **Relacionamento com equipe:** anotar como é o relacionamento do interno com a equipe interna da instituição.

Item: Padrão de autopercepção – autoconceito

- **Identidade:** anotar como o interno se percebe como pessoa, auto-imagem, auto-estima.
- **Imagem corporal:** anotar pós questionamento como o interno percebe o seu corpo, o que gosta, o que não gosta nele.

Item: Padrão de capacidade de enfrentamento – tolerância ao estresse

- **Estressores:** anotar o que deixa o interno estressado.
- **Método de enfrentamento de estresse:** anotar como ele enfrenta essas situações no dia-a-dia.
- **Sistemas de apoio:** anotar se existe algum sistema de apoio para auxílio deste enfrentamento, como serviço social, psicóloga ou outros.

Item: Padrão de valores e crenças

- **Valores:** anotar, pós questionamentos, o que o interno considera como valores em sua vida.
- **Práticas religiosas:** anotar se o interno costuma realizar suas práticas religiosas na instituição.
- **Relação com Deus:** anotar qual a importância da religião em sua vida, e como ele faz para se relacionar com Deus.
- **Visita de religiosos:** anotar se sente falta de um mestre religioso nessa instituição, e qual a importância dessa presença.