

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DOMÍNIO SEGURANÇA/PROTEÇÃO IDENTIFICADOS EM IDOSOS: UM ESTUDO NA ATENÇÃO BÁSICA

Gerson de Souza Santos¹
Marina Borges Teixeira²

RESUMO

Nas últimas décadas, o Brasil passou por uma acelerada transição demográfica, sendo os idosos o segmento populacional que mais cresceu em termos absolutos e relativos. **Objetivo:** identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos na Estratégia Saúde da Família, segundo a Taxonomia II da NANDA. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa realizado com 64 idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família em 2009. **Resultados:** 58% eram do sexo feminino na faixa etária de 60 a 69 anos. 55% não tinham cônjuge. Renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. 28% eram analfabetos. 86% eram sedentários. Prevalência de hipertensão em 81%. Os diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção: dentição prejudicada (90,6%), integridade da pele prejudicada (78,21%), risco de quedas (70,3%), mucosa oral prejudicada (40,6%) e risco de infecção (54,6%). **Conclusão:** os idosos que participaram deste estudo eram em sua maioria mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, sem cônjuge, baixa escolaridade, renda familiar ineficaz, inatividade física, presença de doenças crônicas com destaque para hipertensão. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, identificados no domínio segurança e proteção: dentição prejudicada, integridade da pele prejudicada e risco de quedas.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem, Idoso, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In recent decades, Brazil has undergone a rapid demographic transition, and the elderly segment of the population grew more in absolute and relative terms. **Objective:** To identify the nursing diagnoses domain security / protection in the elderly in the Family Health Strategy, according to the NANDA Taxonomy II. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted with 64 elderly enrolled in a Family Health Strategy in 2009. **Results:** 58% were women aged 60-69 years. 55% had no spouse. Family income 1-3 minimum wages. 28% were illiterate. 86% were sedentary. Prevalence of hypertension in 81%. The nursing diagnoses Domain safety / protection: impaired dentition (90.6%), impaired skin integrity (78.21%), risk of falls (70.3%), impaired oral mucosa (40.6%) and risk of infection (54.6%). **Conclusion:** seniors who participated in this study were mostly women aged 60-69 years without a partner, low education, inefficient household income, physical inactivity, chronic diseases especially hypertension. The most frequent nursing diagnoses identified in domain security and protection: impaired dentition, impaired skin integrity and risk of falls.

Descriptors: Nursing Diagnosis, Elderly, Family Health Strategy.

¹ Enfermeiro, Doutor em Ciências – membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG).

² Professora Doutora – Universidade de Guarulhos (UNG).

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, fator preponderante para o envelhecimento populacional, fenômeno que atingiu países desenvolvidos no final do século XIX e ao longo do XX, está sendo observada também em países em desenvolvimento como o Brasil. Entretanto, o fenômeno no Brasil é bastante diferenciado do observado em países desenvolvidos, onde o envelhecimento populacional ocorreu dentro de um contexto socioeconômico favorável⁽¹⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM n.º 648, de 28 de março de 2006, se caracteriza por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde⁽²⁾.

Dentro dessa nova ótica de atenção à saúde, o enfermeiro vem desenvolvendo intervenções que buscam maiores e melhores resultados. Com a Estratégia de Saúde da Família, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a incorporar atividades de cunho mais coletivo e abrangente, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população idosa⁽³⁾.

A assistência sistematizada de enfermagem permite identificar os problemas dos idosos de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação. Para tanto, direcionando a assistência para o nível ambulatorial, a consulta de enfermagem é uma atividade que atende às questões aqui colocadas, e por meio da qual a enfermeira assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e estabelece a sua intervenção a partir do diagnóstico⁽⁴⁾.

Para a Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem visando alcançar resultados pelos quais a enfermeira é responsável⁽⁵⁾.

O domínio Segurança/Proteção refere-se ao indivíduo estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perdas e proteção da segurança e seguridade. Este domínio assume expressão especial na população idosa, uma vez que os idosos são mais vulneráveis a lesões físicas e imunológicas, devido a diminuição da reserva funcional, caracterizada pelo processo de envelhecimento que pode ser agravada e acelerada pela presença de múltiplas doenças crônico-degenerativas⁽⁵⁾.

Considerando que o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea, especialmente no Brasil aonde esse fenômeno vem ocorrendo de forma acelerada. O presente estudo teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos na Estratégia Saúde da Família, segundo a Taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa⁽⁶⁾, realizada em idosos cadastrados numa unidade da Estratégia de Saúde da Família no município de Guarulhos, estado de São Paulo, no período de maio a julho de 2009. A amostra foi composta por 64 idosos com idade igual ou superior a 60 anos.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser idoso (60 anos ou mais), estar cadastrado na Estratégia Saúde da Família – indivíduos de ambos os sexos. Foi determinado como critério de exclusão indivíduos que, após a aceitação da pesquisa e agendamento do dia e horário da coleta de dados, não fossem encontrados no domicílio até a terceira visita consecutiva ou que, em qualquer momento da pesquisa, desistissem de participar desta.

Após serem esclarecidos sobre a pesquisa, os idosos concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Protocolo n.º 64/2009. A coleta de dados foi realizada em um ambiente privativo no domicílio de cada idoso, mediante o preenchimento de um instrumento de coleta de dados elaborado pelos pesquisadores e fundamentado na literatura científica. Este continha aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, econômico, condições de saúde, estilo de vida, acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Para se chegar aos diagnósticos de enfermagem, os dados referentes ao estado de saúde dos idosos foram submetidos a um processo de raciocínio diagnóstico⁽⁷⁾ desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, os dados passam por análise e síntese. A análise possibilitou a categorização dos achados e, na sequência, os dados foram analisados quanto à congruência e lacunas e, ainda, quanto à necessidade de retomada da coleta. No processo de síntese, os dados foram agrupados em padrões comparados com os conceitos, normas e modelos existentes na literatura geriátrica e gerontológica, levando a hipóteses sobre a situação e estabelecimento das causas relacionadas à inferência. Na segunda fase, os diagnósticos foram estabelecidos de acordo com a taxonomia II da NANDA⁽⁵⁾, incluindo categoria diagnóstica, fatores relacionados/fatores de risco e características definidoras.

RESULTADOS

Foram convidados a participar da pesquisa 100 idosos. Destes, 30 não preencheram os critérios de inclusão e 6 recusaram. Participaram do estudo 64 idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

Na tabela 1 pode ver vista a distribuição das características socioeconômicas e demográficas. Observou-se que 37 (58%) dos idosos eram do sexo feminino e 27 (52%) do sexo masculino, tinham entre 60 e 95 anos. 35 (55%) não tinha cônjuge. 50 (78,1%) tinham renda de um a três salários mínimos. 37 (58,8%) eram analfabetos. 29 (45%) moravam com seus respectivos cônjuges. 29 (45,4%) classificaram seu estado geral de saúde como “ruim”. 55 (86%) faziam uso de prótese dentária.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem descritos na tabela 2, nota-se 58 (90,6%) foram classificados no diagnóstico dentição prejudicada. 50 (78,1%) integridade da pele prejudicada. 45 (70,3%) risco para quedas. 26 (40,6) mucosa oral prejudicada e 32 (50%) proteção ineficaz.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos por uma equipe de Saúde da Família. Guarulhos (SP), 2014.

Variáveis	n	%
Feminino	37	58,0
Masculino	27	42,0
Total	64	100,0
Idade		
60 a 69	29	45,3
70 a 79	23	36,0
80 a mais	12	18,7
Total	64	100,0

Estado civil		
Casado	29	45,0
Solteiro	09	14,0
Viúvo	23	37,0
Separado/divorciado	03	04,0
Total	64	100,0
Renda familiar		
Sem renda	10	15,6
1-3 salários mínimos	50	78,1
4-6 salários mínimos	04	06,3
Total	64	100,0
Escolaridade		
Alfabetizado	27	42,0
Analfabeto	37	58,0
Total	64	100,0
Arranjo familiar		
Mora com cônjuge	29	45,0
Mora com cônjuge e filhos	20	31,0
Mora sozinho	15	24,0
Total	64	100,0
Atividade física		
SIM	09	14,0
NÃO	55	86,0
Total	64	100,0
Morbidades referidas		
Hipertensão	52	81,2
Diabetes	26	40,6

Tabela 2. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão segurança/proteção identificados em idosos acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. Guarulhos (SP), 2014.

Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Dentição prejudicada	58	90,6
Integridade da pele prejudicada	50	78,1
Risco de quedas	45	70,3
Mucosa oral prejudicada	26	40,6
Risco de infecção	35	54,6

DISCUSSÃO:

O perfil sociodemográfico apresentado nesta pesquisa corrobora com os resultados de outros estudos epidemiológicos realizados no município de São Paulo que tratam da saúde dos idosos, em que se destacam o predomínio do sexo feminino, refletindo a maior longevidade das mulheres em relação aos homens. Este fenômeno pode ser decorrente de condutas menos agressivas das mesmas, menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, diferenças quanto à atitude diante de problemas de saúde e maior cobertura da assistência à saúde da mulher⁽⁸⁾.

Dos idosos que participaram deste estudo a maior parte não tinha cônjuge, considerando-se os viúvos, solteiros e divorciados. Considera-se o fato de que esta população

é constituída em sua maioria por idosos jovens, possivelmente estes ainda terão oportunidades de se casarem ou contraírem novos laços nupciais. Se por um lado ter companheiro conjugal representa alternativa de suporte ao idoso ao longo da vida, por outro lado teremos idosos cuidando de idosos quando estes se tornam dependentes de cuidados⁽⁹⁾.

A escolaridade dos idosos deste estudo foi baixa, implicando em uma condição social desfavorável para eles, considerando que a baixa escolaridade tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidade de participação social e na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado, entre outros.

Aliadas à baixa escolaridade observaram-se desvantagens quanto à renda familiar. Embora reconhecendo as limitações do presente estudo no que se refere à generalização dos achados, outros estudos apontaram idosos em condições semelhantes no Estado de São Paulo^(9,10).

O envelhecimento populacional traz implicações importantes quanto à proteção social do idoso. O número crescente de divórcios, múltiplos casamentos, a migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores, a inserção da mulher no mercado de trabalho e sua condição de chefia do domicílio precisam ser considerados quando se avalia o arranjo domiciliar e o suporte informal aos idosos na sociedade brasileira⁽¹¹⁾.

A inatividade física tem uma forte correlação com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como por exemplo: doença cardiovascular; câncer; diabetes mellitus tipo 2 e doenças musculoesqueléticas. O sedentarismo, que tende a acompanhar o envelhecimento, vem sofrendo um avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, sendo um importante fator de risco para as doenças, especialmente o diabetes mellitus e afecções cardiovasculares. A realização de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui para a melhora da capacidade funcional do idoso⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos⁽¹³⁾.

O diagnóstico de enfermagem *Dentição prejudicada* refere-se aos distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo⁵ e apresentam características definidoras tais como: ausência de dentes, dentes desgastados, descoloração do esmalte dos dentes, excesso de tártaro, halitose, perda de dentes, entre outras. Foram observados os seguintes fatores relacionados: déficit de autocuidado, dificuldade socioeconômica, uso de órtese e prótese dentária, desconhecimento sobre saúde bucal, higiene oral deficiente.

A mucosa bucal do idoso, apesar de possuir o mesmo aspecto de normalidade de um jovem, apresenta-se menos resistente, pois é objeto de alterações inerentes ao envelhecimento, assim como ocorre com os demais tecidos do organismo. Essa perda natural de sua capacidade deixa-a mais vulnerável a lesões ulcerativas descamativas, liquenóides e vesiculosas, e por isso as doenças que ocorrem nesta região podem ser debilitantes e trazer vários transtornos à pessoa. Estas lesões podem ser originárias de próteses que não são limpadas adequadamente ou da supressão da microbiota bucal normal, como resultado do uso de antibióticos, redução do fluxo salivar, entre outros aspectos⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico de enfermagem *integridade da pele prejudicada* é definido como Epiderme e/ou derme alterada⁵. As características definidoras referem-se à destruição de camadas da pele e rompimento da superfície da pele. Foram observados os seguintes fatores

relacionados: idade avançada, imobilização física, uso de medicamentos, presença de ulcera varicosa em membros inferiores.

Neste sentido, a literatura aponta que os principais problemas de pele em idosos são as dermatites, infecção por fungos, prurido, tumores benignos e infecções virais, bem como o câncer de pele em função de anos de exposição solar sem proteção⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico de enfermagem *Risco de quedas* definido pela suscetibilidade para quedas que podem causar dano físico⁵. Foram identificados os seguintes fatores: fatores ambientais: ambiente com moveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante no box no banheiro, imobilização, pouca iluminação tapetes espalhados pelo chão. Fatores fisiológicos: artrite, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, equilíbrio prejudicado, falta de sono, incontinência urinária. Além desses fatores destacam-se também, estado mental rebaixado, idade acima de 65 anos, morar sozinho, uso de cadeira de rodas.

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso, que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde. Além das consequências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades em razão de dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores, ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde. Esse comportamento vai condicionar uma maior imobilidade, com agravamento dos déficits funcionais, num ciclo vicioso que potencializa o risco de novas quedas ou fraturas^(16,17).

O diagnóstico de enfermagem *mucosa oral prejudicada* é definido como lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral⁵. Foram identificados os seguintes fatores relacionados: desconforto oral, dificuldade na fala, dificuldades para comer, dor oral, halitose, fissuras, língua saburrosa, xerostomia, relato de gosto ruim na boca, paladar diminuído. Fatores relacionados: conhecimento deficiente sobre higiene oral adequada, desidratação, diminuição da salivagem, dentaduras mal ajustadas.

O diagnóstico *Risco infecção* refere-se ao risco aumentado de ser invadido por microorganismos⁵. Foram identificados os seguintes fatores de risco: conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos, defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado), doença crônica, desnutrição, exposição ambiental aumentada a patógenos e trauma.

Os diagnósticos de enfermagem identificados, além de indicarem as especificidades da profissão, também deixam clara a necessidade de ações envolvendo toda a equipe de saúde. Constata-se então que para atuar junto a essa parcela da população, é necessário pautar-se na integralidade do cuidado e na lógica da vigilância, visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde. Neste contexto, o papel do enfermeiro assume dimensionamento ampliado e, muitas vezes, distinto das bases de formação e de atuação dos profissionais de saúde, bases que, por muitos anos, vêm privilegiando o tecnicismo e deixando margens pouco definidas ao implementarem o trabalho interdisciplinar, cuja consequência acaba sendo a reprodução do modelo tradicional de atenção⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que os idosos eram em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, sem cônjuge, renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, baixa escolaridade, em arranjos familiares multigeracionais, estilo de vida sedentário com presença de doenças crônicas com destaque para hipertensão arterial. Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção: dentição prejudicada, integridade da pele prejudicada, risco de quedas, mucosa oral prejudicada e risco de infecção.

Considera-se que o profissional enfermeiro, inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), deve analisar a adequação dessa linguagem (NANDA) ao referencial de Processo de Enfermagem adotado para cada realidade. Assim, a assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família por meio dessa metodologia tende a ser eficiente e efetiva, e metas podem ser alcançadas com base na sistematização do Processo de Enfermagem, que deve ser compreendido como o processo metodológico para o desempenho da prática profissional dos enfermeiros na APS.

REFERÊNCIAS

1. Gottlieb MG, Schwanke CH, Gomes I, Cruz IB. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2011; 14(2):365-380.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192 p.
3. Chiesa AM, Fracolli EA, Sousa MF. Enfermagem, academia e saúde da família: diálogo possível em torno da formação e a defesa da equidade como eixo norteador. Rev. Bras. Saúde Fam. 2002; 2(4): 52-9.
4. Araújo LA, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1):53-61.
5. North American Nursing Diagnoses Association – International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
6. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Artmed. Porto Alegre: 2010, p. 25-27.
7. Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre - RS, 2011, pg. 19-34.
8. Santos GS, Cianciarullo TI. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. Revista Saúde Coletiva. 2009, 33 (6): 200-6. Editora Bolina. São Paulo-SP.
9. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 set/dez; 3(3):820-828.
10. Santos GS, Cunha ICKO. Capacidade funcional de idosos em Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. REAS [Internet]. 2013; 2(3):67-76.
11. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA. (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
12. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):1065-69.
13. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro-RJ, 2011; 14(4):779-786.

14. Beloti AM, Schwab BL, Bertipaglia T, Nishimori LE, Fernandes CAM. Avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados em asilos públicos de Maringá-PR. Cienc Cuid Saude 2011 Jan/Mar; 10(1):096-100.
15. Lira ALBC et al. Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2012 Out/Dez; 17(4):767-74.
16. Celich KLS, Souza SMS, Zenevich L, Orso ZA. Fatores que predispõem às quedas em idosos. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 419-426, set./dez. 2010.
17. Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012.
18. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 47-52.