



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Borges Teixeira, Marina; Quintella Fernandes, Rosa Áurea
Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 56, núm. 6, novembro-diciembre, 2003, pp. 619-623
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019639005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM IDOSOS COM DISTÚRBO MENTAL

Marina Borges Teixeira*
Rosa Áurea Quintella Fernandes*

Resumo

Este estudo, descritivo exploratório de campo com enfoque quanti-qualitativo, teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de idosos com distúrbio mental. Foram entrevistados 48 idosos que compareceram a um ambulatório de saúde mental, utilizando-se um instrumento sobre qualidade de vida, traduzido e validado. Os dados coletados possibilitaram identificar dezesseis diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA. Os mais comuns foram os que se referem às dificuldades inerentes ao dia a dia de uma pessoa em processo de envelhecimento, sentimento de pesar disfuncional e déficit de atividade de recreação (83,3%), andar prejudicado (81,2%), risco para trauma (68,7%) e ansiedade (62,5%).

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Saúde do idoso. Enfermagem

Abstract

This is a descriptive, exploratory study with a qualitative and quantitative approach, whose aim is to identify Nursing diagnosis in elderly people suffering from mental disorders. Forty-eight elders of the mental open clinic were interviewed, by means of an instrument on quality of life, translated and validated. Data collected helped to identify sixteen Nursing diagnoses, based in North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The most common ones were those related to difficulties in daily activities in an individual going through the aging process, such as: dysfunctional sorrow feeling, lack of recreational activity (83.3%); impaired walking (81.2%), risk of trauma (68.7%), and anxiety (62.5%).

Descriptors: nursing diagnosis; aging health; nursing

Title: Nursing diagnosis made in elderly people with mental disorders

Resumen

Este estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo-calitativo pretende identificar los diagnósticos de enfermería de ancianos con disturbios mentales. Se entrevistaron 48 ancianos, quienes iban a un ambulatorio de salud mental. El instrumento utilizado estaba traducido y validado y trataba sobre calidad de vida. Los datos colectados, posibilitaron identificar dieciséis diagnósticos de enfermería, según la Taxinomia II de NANDA. Los más comunes fueron los que se refieren a las dificultades inherentes de la vida cotidiana de una persona en proceso de envejecimiento, tales como: sentimiento de pesadumbre disfuncional y déficit en la actividad recreativa (83,35), deambulaci3n comprometida (81,2%), riesgo de trauma (68,7%) y ansiedad (62,5%).

Descriptores: diagn3sticos de enfermería; salud del anciano; enfermería

Título: Diagn3sticos de enfermería en ancianos con disturbios mentales

1 Introdu333o

No Brasil, nas 3ltimas duas d3cadas estamos nos deparando com um aumento gradativo e constante da popula33o de idosos ⁽¹⁾. O reflexo deste crescimento j3 se faz sentir nas institui33es hospitalares gerais e, nos 3ltimos 5 anos, na popula33o que recorre 3 assist3ncia tanto ambulatorial como hospitalar das institui33es psiqui3tricas.

O impacto social deste aumento ser3 enorme e sabemos que n3o estamos devidamente preparados para enfrent3-lo. No Brasil, percebe-se claramente o despreparo da popula33o, inclusive dos profissionais de sa3de, em rela33o a esta etapa da vida.

A velhice engloba aspectos biol3gicos, psicol3gicos e sociais. Do ponto de vista social, o indiv3duo imagina uma aposentadoria feliz, com lazer, viagens, amigos e fam3lia. Na pr3tica, a quest3o da aposentadoria representa uma diminui33o salarial significativa, inviabilizando, na maioria das vezes, os sonhos. Teoricamente, seria um per3odo de descanso ou de diminui33o de atividades.

Em uma sociedade capitalista por3m, o aposentado (idoso) 3 um ser "improdutivo", n3o valorizado, constituindo-se um peso para seus familiares e um 3nus para os servi3os previdenci3rios ⁽²⁾. Esta vis3o repercute na sa3de mental e f3sica da pessoa que acaba incorporando, como idoso, essa id3ia de si mesmo.

O idoso pode tornar-se depressivo pelas raz3es expostas, mas tamb3m porque 3 neste per3odo da vida que sofre as maiores perdas como: morte de amigos e familiares, distanciamento dos filhos, perda de *status* e de papel social. Por outro lado, corre o risco de desenvolver outros quadros, desencadeados pelas mesmas causas.

Os quadros depressivos como s3ndrome depressiva, depress3o maior, depress3o mascarada e dist3mias s3o os mais comuns nesta faixa et3ria. O aparecimento de quadros psic3ticos 3 raro, por3m, existem relatos de quadros esquizofr3nicos tardios, bem como de rea33es psic3ticas breves. Dem3ncias e doen3a de Alzheimer est3o sendo relatadas em maior n3mero, provavelmente pelo aumento da expectativa de vida das pessoas.

Entre os dist3rbios ansiosos, os principais s3o a ansiedade e a hipocondria. Das s3ndromes mentais org3nicas o *delirium* se sobressai pela intensidade dos sintomas e risco que representa para o idoso. Dist3rbios do sono e dist3rbios cognitivos (diminui33o da mem3ria, percep33o, desempenho intelectual e capacidade de resolu33o de problemas) surgem 3 medida que o idoso avança em idade ^(2,3,4).

Por outro lado, o envelhecimento biol3gico, como processo natural, conduz o ser humano a uma maior susceptibilidade a algumas patologias sendo mais comuns as card3acas; c3rebro-vasculares; artrites e reumatismos; pulmonares (respirat3rios) sobressaindo bronquites, enfisema e asma; o c3ncer, sobressaindo o de pr3stata, o de pele e o g3strico; mentais, sobressaindo os quadros depressivos, as confus3es mentais e as dem3ncias ⁽⁵⁾.

A assist3ncia de enfermagem ao idoso requer al3m de conhecimento cient3fico espec3fico, a vis3o global das necessidades do indiv3duo, sobretudo, 3aquele acometido de dist3rbio mental.

A aten33o ao idoso at3 um passado bem pr3ximo n3o era valorizada ou considerada uma especialidade da 3rea da enfermagem. O panorama no Brasil, vem sofrendo transforma33es na 3ltima d3cada, transforma33es essas,

* Enfermeira. Doutor em Ci3ncias. Professor Titular I da Universidade Guarulhos- UNG.

decorrentes da conscientização do envelhecimento populacional e da necessidade do aprimoramento do conhecimento específico em enfermagem para assistir o indivíduo nesta faixa etária.

O levantamento de problemas bem elaborado com *anamnese* e exame físicos acurados que permitam a identificação dos diagnósticos de enfermagem, é uma maneira de desenvolver e aprimorar a assistência ao idoso, pois certamente gerará intervenções de enfermagem que possibilitarão, por sua vez, uma atenção de qualidade.

O diagnóstico de enfermagem é uma declaração dos problemas de enfermagem do paciente. Inclui a resposta de saúde tanto adaptada quanto desadaptada e os estressores que contribuem para o problema⁽⁴⁾.

O Diagnóstico de Enfermagem é uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos ou seja, é o julgamento clínico do enfermeiro acerca da necessidade de intervenção de enfermagem⁽⁶⁾.

A *North American Nursing Diagnosis Association*⁽⁷⁾ (NANDA), atribui ao enfermeiro não somente a responsabilidade na identificação correta dos diagnósticos de enfermagem, mas, sobretudo no resultado das intervenções eleitas por ele na resolução dos diagnósticos identificados.

Quando os enfermeiros compreenderem que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, inegavelmente, é um caminho para a qualidade da assistência, não retardarão em incorporá-la ao seu cotidiano, renegando a forma rotineira, pouco crítica e científica, com que vêm assistindo seus pacientes.

No Brasil, a implantação da SAE vem ganhando corpo de maneira lenta nas instituições hospitalares, sendo ainda incipiente na área de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. Logo, estudos que procurem identificar diagnósticos de enfermagem do indivíduo idoso certamente serão bem vindos, pois representarão um avanço na assistência de enfermagem a essa faixa etária da população.

A finalidade desse estudo é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso com distúrbio mental, por meio do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem identificados nessa população.

2 Casuística e método

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de campo, com análise quanti-qualitativa dos dados, que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em idosos com distúrbio mental. Realizada em um ambulatório de saúde mental da cidade de São Paulo, que atende adultos com distúrbios mentais e que se propõe a dar um tratamento diferenciado à população idosa.

A população foi constituída pelos idosos que compareceram ao ambulatório, nos meses de agosto a novembro de 2000. Fizeram parte da amostra quarenta e oito idosos que consentiram em participar do estudo assinando, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, onde foi aplicado o Instrumento SF-36 Escala de Avaliação, traduzido e validado por Ciconelli⁽⁸⁾, acrescido da questão: gostaria que o senhor (a) me contasse o que é ser idoso e/ou envelhecer.

Após o levantamento, os dados foram analisados e as necessidades de cuidado dos idosos com distúrbio mental identificadas, estabelecendo-se a etapa do diagnóstico de enfermagem.

Para facilitar a compreensão e a universalização da linguagem esses diagnósticos foram nominados de acordo com a Taxonomia II da NANDA⁽⁷⁾.

3 Resultados e Comentários

Fizeram parte da amostra 48 idosos, sendo 24 do sexo masculino e 24 do feminino. Estes idosos vêm ao ambulatório

aparência meiga, que solicitam atenção, cordialidade, um sorriso. No geral, têm limitações próprias da idade: dificuldade para andar, dificuldade na audição e visão. O acolhimento dado a eles está voltado a estas necessidades. Os problemas de memória exigem paciência, perseverança e um alto grau de compreensão por parte dos funcionários.

TABELA 1-DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. SÃO PAULO, 2000.

Idade	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
60-65	4	16,6	5	20,8
66-70	6	25,0	7	29,2
71-75	9	37,5	9	37,5
76-80	3	12,5	-	
>80	2	8,4	3	12,5
TOTAL	24	100	24	100

Considerando-se a idade dos idosos, tanto os homens como as mulheres estavam em sua maioria acima dos setenta anos, sendo que a idade com maior percentual (37,5%) em ambos os sexos estava entre 71 e 75 anos, o que corresponde a atual média de vida do brasileiro⁽⁹⁾.

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E ESTADO CIVIL. SÃO PAULO, 2000.

Estado Civil	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
Casado	22	91,6	8	33,3
Solteiro	2	8,4	8	33,3
Viúvo	-		8	33,3
TOTAL	24	100	24	100

Em relação ao estado civil da população, chamou-nos a atenção que os idosos do sexo masculino, na sua grande maioria (22) eram casados e 2 solteiros. Enquanto, que nas mulheres observamos um equilíbrio quanto ao estado civil, pois o percentual de casadas, solteiras e viúvas era o mesmo.

Estudos indicam que as mulheres vivem mais que os homens e que a porcentagem de homens viúvos que se casam novamente, é maior que a de mulheres⁽¹⁰⁾.

TABELA 3-DEMONSTRATIVO DOS IDOSOS POR SEXO E COM QUEM RESIDEM. SÃO PAULO, 2000.

Com quem Residem	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
Cônjuge	12	50,0	6	25,0
Filhos e Netos	1	4,2	2	8,4
Cônjuge e Filhos	10	41,6	-	
Outros Familiares	1	4,2	3	12,5
Sozinho	-		13	54,1

Observando o item com quem reside chama à atenção o fato de 13 mulheres morarem sozinhas. Uma delas, na entrevista, nos informou não ter mais ninguém de sua família vivo. Os idosos do sexo masculino na sua maioria vivem com a esposa (12) e/ou com esposa e filhos (10) .

O fato de encontrarmos um percentual elevado de idosos que referem residir absolutamente sós (54,1%) , surge como um grave problema para a assistência levando nos a pensar no quanto poderíamos ajudá-las caso houvesse possibilidade de ampliarmos nossa assistência para seu domicílio.

TABELA 4 -DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E RENDA FAMILIAR. SÃO PAULO, 2000.

Renda mensal	Homem		Mulher	
	n.	%	n.	%
1 Salário Mínimo	6	25,0	10	41,6
2 Salários Mínimos	3	12,5	2	8,4
3 Salários Mínimos	5	20,8	6	25,0
4 Salários Mínimos	9	37,5	5	20,8
Não Informou	1	4,2	1	4,2
TOTAL	24	100	24	100

Em relação à renda familiar, o maior percentual observado (41,6%) para os idosos de ambos os sexos foi de um salário mínimo, sendo que o maior número de indivíduos (10) que recebem apenas um salário , é do sexo feminino.

TABELA 5-DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E GRAU DE INSTRUÇÃO. SÃO PAULO,2000

Instrução*	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
1º Grau Incompleto	1	4,2	2	8,4
1º Grau Completo	7	29,2	7	29,2
2º Grau Incompleto	4	16,6	5	20,8
2º Grau Completo	4	16,6	5	20,8
3º Grau Incompleto	-		-	
3º Grau Completo	1	4,2	3	12,4
Superior Incompleto	-		1	4,2
Superior Completo	2	8,4	-	
TOTAL	24	100	24	100

O grau de instrução é condizente com a idade dessas pessoas. Sabemos que na época em que foram crianças a ênfase não estava no ensino de uma maneira geral. Dezesete (35,4%) idosos cursaram total ou parcialmente o antigo primeiro grau (até a 4ª série atual). Apenas idosos do sexo masculino (2,9%) cursaram o ensino médio. Os dados da Tabela 5

TABELA 6-DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS POR SEXO DOS IDOSOS. SÃO PAULO, 2000.

Diagnósticos	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Depressão	4	16,7	5	20,8
Depressão maior	4	16,7	2	8,3
Transtorno de ajustamento	3	12,5	3	12,5
Esquizofrenia residual	3	12,5	1	4,3
Demência	2	8,3	2	8,3
Ansiedade	5	20,8	6	25,0
Depressão ansiosa	3	12,5	5	20,8
TOTAL	24	100	24	100

* Adotou-se a classificação antiga por melhor caracterizar a população estudada

Os dados acima estão de acordo com o encontrado na literatura, pois prevalecem os quadros depressivos, nos quais sintomas como tristeza, apatia, falta de ânimo e auto-estima diminuída estão presentes gerando uma série de problemas para o próprio idoso. Esses sintomas foram levantados na população e juntamente com os resultados encontrados pela aplicação do instrumento SF-36 permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem listados na tabela 7 .

Como pode ser observado na Tabela 7 os Diagnósticos que apresentaram maior percentual em ordem decrescente foram sentimento de pesar disfuncional e Déficit de atividade de recreação (83,3%), andar prejudicado (81,2%), risco para trauma (68,7%), ansiedade (62,5%) e mobilidade física prejudicada (52%): diagnósticos esses compatíveis com a faixa etária dos sujeitos e a cultura onde vivem.

Andar prejudicado (81,2%) e mobilidade física prejudicada (52,0%) são diagnósticos correlacionados que influenciam diretamente na autonomia do idoso, tornando-o, por vezes, dependente da disponibilidade do outro para exercer seu direito de ir e vir⁽⁵⁾.

O sentimento de pesar disfuncional identificado em (83,3%) dos idosos, consequência da maior longevidade das pessoas, constitui um fato gerador de modificações dos papéis sociais que o indivíduo desempenhava. Ele perde o papel de provedor da família, passando a depender economicamente dos filhos. Além disso, eles se vêm obrigados a abandonar a própria casa, para residirem com outros. A perda de amigos, por diferentes razões, leva o idoso a isolar-se cada vez mais socialmente⁽⁴⁾.

O déficit de atividade de recreação mencionada por (83,3%) dos sujeitos, não representa surpresa , uma vez que o avanço da idade pode gerar a falta de confiança em si mesmo, mais dificuldades e limitações, que por vezes impedem o idoso de integra-se nas atividades de sua comunidade . A cultura do país em relação ao idoso onde o preconceito de improdutivo, incapaz e senil é bastante forte, impede o idoso de desenvolver ou manter seu potencial cognitivo e físico , acelerando, a nosso ver, o processo de envelhecer como um todo^(3,4).

A ansiedade identificada em (62,5%) dos sujeitos, é inerente ao envelhecimento. A pessoa idosa percebe suas limitações físicas e psicológicas, bem como sua repercussão em seu cotidiano. A falta de preparo físico e mental, para encarar essa etapa da vida é a principal fonte geradora de ansiedade. Distúrbios de ansiedade são comuns em idosos, devido à

TABELA 7 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM IDOSO COM DISTÚRBO MENTAL. SÃO PAULO, 2000.

Diagnósticos	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Déficit de atividade recreação	18	75,0	22	91,6	40	83,3
Sentimento de pesar disfuncional	18	72,5	22	91,6	40	83,3
Andar prejudicado	12	60,0	19	79,1	39	81,2
Risco para trauma	12	60,0	21	87,5	33	68,7
Ansiedade	13	54,1	17	70,8	30	62,5
Mobilidade física prejudicada	8	33,3	17	70,8	25	52,0
Distúrbio da imagem corporal	3	12,5	21	87,5	24	50,0
Isolamento social	8	33,3	15	62,5	23	47,9
Risco para Violência direcionada a si mesmo	9	37,5	14	58,3	23	47,9
Distúrbio no padrão do sono	10	41,6	11	45,8	21	43,7
Distúrbio da auto-estima	6	25,0	15	62,5	21	43,7
Memória prejudicada	13	54,1	9	37,5	22	45,8
Processos familiares alterados	7	29,1	10	41,6	17	35,4
Processos de pensamento perturbado	7	29,1	6	25,0	13	27,0
Enfrentamento ind. ineficaz	4	16,6	13	54,1	17	35,4
Comunicação verbal prejudicada	4	16,6	6	25,0	10	20,8

Se levarmos em conta que cada um tem a idade que sente ter, ou seja que não é a idade cronológica a que mais importa para a qualidade de vida do idoso, mas sim a motivação para viver, é fundamental que o enfermeiro procure criar fatores motivacionais para seus clientes.

Apresentamos, a seguir, algumas falas colhidas dos idosos que permitiram reforçar a identificação dos diagnósticos. *Minhas pernas estão fracas, não consigo andar direito [...] não tenho mais músculo [...]* (Mobilidade física prejudicada).

Por razões diversas, alguns idosos passaram a viver com outros parentes, alterando bastante sua independência e status. *Não gosto de morar na casa do meu filho... parece que incomodo [...] eles me tratam bem mas sinto que atrapalho assim mesmo [...]* (Processos familiares alterados). *Morar na casa dos outros não é bom [...] minha irmã me deu um quarto para eu e meu marido, mas é o quarto da máquina de costura dela [...] às vezes ela quer costurar e nós atrapalhamos, meu marido gosta de ficar deitado [...]* (Processos familiares alterados).

O envelhecer, a morte de amigos e parentes, as dificuldades econômicas e de deambulação fizeram os idosos se queixarem de isolamento. *Não tenho mais com quem conversar [...] ir à igreja [...]. Queria às vezes ir ao cinema [...] mas está tão caro [...] com o dinheiro da aposentadoria não dá [...]* (Isolamento social).

As mulheres se queixam mais do que os homens da falta de ter pessoas para conversar, para ir à igreja, para fazer trabalho para os pobres, de não ter condições de ir a grupos de terceira idade e terem que assistir o programa dos outros na televisão. *Quando mudei para casa de meu filho, as vizinhas ficaram longe... não dá mais para visitá-las.... Queria que tivesse uma igreja igual a do Taboão [...] lá tinha grupo [...] a gente fazia trabalho para os pobres [...]* (Déficit de atividade de recreação).

A maioria dos distúrbios do sono no idoso pode estar relacionada à depressão, ansiedade, tristeza ou a perdas sofridas. Às vezes o que ocorre é uma diminuição do sono noturno e uma redistribuição do sono ao longo do dia⁽¹⁰⁾. *Velho*

acordo às 2 horas da manhã e não durmo mais [...]. Eu durmo pouco [...] a gente tem tão pouco tempo ocupado que fica cochilando o dia todo [...] (Distúrbio no padrão do sono). *Todos então morrendo, vizinhos, amigos [...] minha vez está próxima [...]. Até meu companheiro dos últimos anos foi embora [...]* (a filha nos contou da profunda tristeza do pai com a morte de um gato que viveu 13 anos com eles). (Sentimento de pesar disfuncional).

Distúrbio da imagem corporal: As idosas que tiveram este diagnóstico referiram que percebiam-se feias, às vezes sentiam seu corpo entortar e que um lado estava mais curto que o outro. *Acho que estou ficando com o corpo todo torto [...] eu tento me esticar mas não dá [...] será que isto é da doença? [...]. Minha perna está secando por isso só uso calça comprida [...] olha como está feia [...]* (levanta a barra da calça para mostrar).

As falas de alguns expressavam problemas referentes ao Distúrbio da auto-estima. *Velho é descartável [...] ninguém quer saber mais dele [...] fui um homem respeitado [...] agora, minha filha, não vivo mais [...]. A mulher velha fica feia [...] não gosto sequer de me olhar no espelho [...] tudo enrugado [...] a boca caída [...] me sinto um trapo usado [...]*.

Risco de violência direcionada a si mesmo. Alguns dos idosos já haviam tentado suicídio e durante a entrevista, usaram frases que expressavam claramente a vontade de se matar.

Memória prejudicada. Sabe-se que no processo de envelhecimento normal, se a memória não é estimulada podem ocorrer lapsos que são percebidos pelos idosos⁽²⁾. *Sabe, minha filha, eu vim aqui porque estou muito esquecido... já esqueci o que você me perguntou agorinha [...]. Outro dia esqueci a água no fogo [...] quando vi a panela queimou [...] minha filha quer me levar para uma casa de idosos pois ela trabalha e está com medo de me deixar sozinha [...]*.

Processos de pensamento perturbados: *Às vezes eu tenho dificuldade de colocar minhas idéias [...] parece que a gente confunde tudo [...] acho que é de memória falha [...]. Tenho um pensamento de que os outros querem me fazer mal [...]*

ela [...] ela vinha me bater [...] (a filha informou que era uma vizinha que havia mudado algum tempo e estava vindo cumprimentá-las).

Enfrentamento individual ineficaz: *Não consigo viver com minha filha [...] tentei morar com ela mas a casa é diferente [...]. Estou tentando morar sozinha, cuidar de minha casa [...] porém, a cabeça não é mais a mesma [...] as pernas não ajudam também [...] acho que vou voltar a viver com minha filha [...].*

Ansiedade: *Tenho medo de esquecer as coisas [...] toda vez que vou sair, fico tremendo [...] tenho medo de não saber o que fazer [...]. Toda vez que preciso ir no banco não consigo dormir na véspera [...] e se eu errar o ônibus [...] se não conseguir subir no degrau alto [...].*

4 Conclusões

A maioria dos diagnósticos refere-se a dificuldades decorrentes do processo de “envelhecer” em um país em desenvolvimento que ainda não despertou para os problemas decorrentes do envelhecimento populacional: problemas sociais, despreparo de seus profissionais e falta de investimentos na prevenção. Os diagnósticos de enfermagem identificados, na sua maioria decorrem da impossibilidade dos idosos realizarem a contento as atividades da vida diária. A tristeza patológica, o desânimo, a falta de perspectiva, tornam estes idosos profundamente infelizes. Com a população do presente estudo procuramos identificar um possível cuidador e conversamos com os enfermeiros do ambulatório no sentido de conseguirem identificar, na comunidade, locais onde os idosos pudessem encontrar apoio. E aos que moravam sozinhos, solicitamos um agendamento com a assistente social.

Saber intervir frente a esses diagnósticos requer do enfermeiro, conhecimentos e habilidades específicas além, das que caracterizam a especialidade como; capacidade empática; envolvimento emocional e sobretudo, respeito pelo ser humano. Assim, o enfermeiro tem um importante papel no âmbito preventivo, preparando seus clientes jovens para esta etapa da vida.

Referências

1. Veras RP. País jovem com cabelos brancos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; c1994. 224 p. il.
2. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. 524 p. il.
3. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 835 p.
4. Stuart GW. Enfermagem psiquiátrica na prática: padrões de desempenho profissional. In: Stuart GW; Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2001. 958 p. il. p. 222-36.
5. Zimmerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000. 229 p. il.
6. Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. 303 p. il. p. 63-84.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2001-2002. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2002. 288 p.
8. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study" 37SF- Item Short- form health survey (SF-36) [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997. 120 f.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. Disponível em URL: <<http://www.centrodametropole.org.br/dica-ibge.html>>. Acessado em: 10 mar 2003.
10. Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003.

Data de Recebimento: 27/05/2003

Data de Aprovação: 20/03/2004