



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS FRÁGEIS INSTITUCIONALIZADOS

NURSING DIAGNOSES FOR INSTITUTIONALIZED FRAIL ELDERLY

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA LOS ANCIANOS FRÁGILES INSTITUCIONALIZADOS

Bruna Karen Cavalcante Fernandes¹, Abna Gomes Soares², Brena Valdivino Melo³, Willan Nogueira Lima⁴,
Cíntia Lira Borges⁵, Valderina Moura Lopes⁶, Renata Kelly Lopes de Alcântara⁷, Maria Célia de Freitas⁸

RESUMO

Objetivo: elaborar diagnósticos de Enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, com 53 idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Utilizaram-se a escala de fragilidade de Edmonton e um instrumento de coleta de dados baseado em Henderson. Fundamentaram-se os diagnósticos na CIPE®, versão 2015. Analisaram-se os dados nos softwares SPSS e Stata apresentando-os em tabela. **Resultados:** elaboraram-se 178 diagnósticos de Enfermagem dos quais prevaleceram 15 em mais de 20% da amostra. Destacaram-se “Risco de Queda” (84,9%), “Visão prejudicada” (49,1%), “Marcha prejudicada” (37,7%), “Insônia” (28,3 %), “Sono prejudicado” (26,4%), “Humor deprimido” (24,5%) e “Pele seca” (24,5%). Obteve-se significância estatística entre “Risco de queda” ($p = 0,008$) e “Pele seca” ($p = 0,021$) e o nível de fragilidade. Houve, ainda, significância entre o número de diagnósticos e o nível de fragilidade ($p < 0,001$) de modo que, quanto maior o nível de fragilidade, mais diagnósticos. **Conclusão:** elaborou-se 178 diagnósticos de Enfermagem, dos quais prevaleceram 15, sendo o “Risco de queda” o mais prevalente. Contribuir-se á com esse estudo para divulgar a linguagem diagnóstica CIPE® e sensibilizar os enfermeiros acerca da importância de seu uso. **Descritores:** Enfermagem; Terminologia; Diagnóstico de Enfermagem; Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Fragilidade.

ABSTRACT

Objective: to elaborate nursing diagnoses for institutionalized frail elderly. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with 53 elderly people in a Long-Term Care Institution for the Elderly. The Edmonton Frailty Scale and a Henderson-based data collection instrument were used. The diagnoses were based on CIPE®, version 2015. Data was analyzed in the SPSS and Stata software and presented in a table. **Results:** 178 Nursing diagnoses were elaborated, of which 15 were prevalent in more than 20% of the sample. “Impaired vision” (49.9%), “impaired vision” (37.7%), “insomnia” (28.3%), “impaired sleep” (26.4%), “depressed mood” (24.5%) and “dry skin” (24.5%). Statistical significance was obtained between “Risk for falls” ($p = 0.008$) and “Dry skin” ($p = 0.021$) and the level of frailty. There was also a significant difference between the number of diagnoses and the level of frailty ($p < 0.001$), so that the higher the level of frailty, the more diagnoses. **Conclusion:** 178 Nursing diagnoses were elaborated, of which 15 prevailed, being the “Risk for falling” the most prevalent. It will contribute to this study to disseminate the diagnostic language ICNP® and to make nurses aware of the importance of its use. **Descriptors:** Nursing; Terminology; Nursing diagnosis; Old man; Long-term institution for the elderly; Frailty.

RESUMEN

Objetivo: elaborar diagnósticos de enfermería para ancianos frágiles institucionalizados. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con 53 ancianos en una Institución de Larga Permanencia para ancianos. Se utilizaron la escala de fragilidad de Edmonton y un instrumento de recolección de datos basado en Henderson. Se fundamentaron los diagnósticos en la CIPE®, versión 2015. Se analizaron los datos en el software SPSS y Stata presentándolos en tabla. **Resultados:** se elaboraron 178 diagnósticos de Enfermería de los cuales prevalecieron 15 en más del 20% de la muestra. Se destacaron “Riesgo de Caída” (84,9%), “Visión perjudicada” (49,1%), “Marcha perjudicada” (37,7%), “Insomnio” (28,3%), “Sueño perjudicado” (26,4%), “Humor deprimido” (24,5%) y “Piel seca” (24,5%). Se obtuvo significancia estadística entre “Riesgo de caída” ($p = 0,008$) y “Piel seca” ($p = 0,021$) y el nivel de fragilidad. Se observó una correlación entre el número de diagnósticos y el nivel de fragilidad ($p < 0,001$), de modo que, cuanto mayor sea el nivel de fragilidad, más diagnósticos. **Conclusión:** se elaboraron 178 diagnósticos de Enfermería, de los cuales prevalecieron 15, siendo el “Riesgo de caída” el más prevalente. Se contribuirá con este estudio para divulgar el lenguaje diagnóstico CIPE® y sensibilizar a los enfermeros acerca de la importancia de su uso. **Descriptores:** Enfermería; Terminología; Diagnóstico de Enfermería; Anciano; Hogares para Ancianos; Fragilidad.

^{1,5}Mestras (doutorandas), Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: brunnakaren@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2808-7526>; E-mail: valderina@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4292>; ^{2,3,4}Enfermeiros, Faculdade Maurício de Nassau/FMN. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: abnasoares@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1147-8494>; E-mail: brenamelo_dbv@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0661-2644>; E-mail: willannoglima@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1965-1028>; E-mail: ⁶Enfermeira, Instituição Juscelino Kubitschek. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: valderina@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4292>; ⁷Enfermeira, Instituição Lar Torres de Melo. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: renata.kelly29@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1818-2071>; ⁸Doutora, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: celfrei@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4487-1193>

INTRODUÇÃO

Entende-se que a institucionalização de idosos é um evento comum nas últimas décadas. Vários são os fatores que contribuem para o aumento da incidência e prevalência de idosos institucionalizados, entre eles, o aumento do número de idosos, a mudança estrutural das famílias, as incapacidades que podem surgir, sobretudo, nos mais longevos, e a necessidade de contratar profissionais no domicílio em tempo integral. Percebe-se, dessa forma, que para muitas famílias, os custos são altos, o que impossibilita o cuidado no domicílio, as quais optam, muitas vezes, pela institucionalização.¹

Consiste-se a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em uma residência coletiva, que atende idosos independentes e dependentes, em situação de dificuldades financeiras ou familiares e que necessitam de cuidados prolongados.²

Enfrentam-se vários desafios nesse local. Um deles decorre das alterações do envelhecimento e do agravamento das doenças preexistentes gerando diferentes níveis de dependência no idoso. Isso significa que mesmo o idoso independente, quando institucionalizado, pode se tornar dependente em razão de dificuldades para aceitar e se adaptar às novas condições de vida e devido à falta de motivação e de encorajamento comuns nesse ambiente.³ Nota-se, por outro lado, alguns idosos se adaptam à nova realidade e conseguem construir uma nova vida já que, na instituição, são formados laços e amizades que permanecem até o fim de suas vidas.

Ressalta-se que, de toda forma, o maior grau de dependência física, o uso de medicamentos contínuos, os custos com a assistência àqueles mais dependentes e o fato de serem portadores de comorbidades podem tornar esses idosos mais frágeis e com pior qualidade de vida.⁴

Caracteriza-se o idoso frágil por apresentar manifestações clínicas peculiares, tais como fraqueza, exaustão, diminuição da atividade física, perda de peso involuntária, diminuição da velocidade da marcha e do equilíbrio, cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações como a institucionalização, o declínio funcional, a hospitalização e a morte.⁵

Tem-se, nesse cenário, que o cuidado de Enfermagem ao idoso frágil institucionalizado deve ser realizado por meio de ações sistematizadas utilizando-se o processo de Enfermagem e direcionando-se as ações de cuidado às necessidades afetadas com

respaldo teórico e uso de sistemas de classificação.⁶⁻⁷ Ressalta-se que, a principal ferramenta utilizada pelo enfermeiro na assistência é o processo de Enfermagem, que está disposto na resolução do Conselho Federal de Enfermagem n° 358/2009.⁸

Destacam-se, entre as etapas do processo de Enfermagem, os Diagnósticos de Enfermagem (DE), que, associados ao conhecimento do enfermeiro, tornam-se uma grande ferramenta no cuidado ao idoso frágil e em situação de institucionalização. Para classificá-los, existem diversos sistemas. Utilizar-se á, neste estudo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que permite a elaboração de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. Percebe-se que sua utilização favorece o registro, a qualidade do atendimento e permite o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão.⁶⁻⁷ No entanto, essa prática ainda é incipiente nesse cenário.

Constituem-se os DE's a base para a seleção de intervenções de Enfermagem a fim de buscar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Acredita-se que, elaborando os DE's, o enfermeiro poderá planejar cuidados individuais e integralizados visando a proporcionar um envelhecimento com autonomia e independência.

OBJETIVO

- Elaborar diagnósticos de Enfermagem para idosos frágeis institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal realizado em uma ILPI do município de Fortaleza, no Ceará, que tem como função abrigar pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social.

Agrupam-se os idosos, na instituição, em níveis de dependência I, II e III para a realização de suas Atividades de Vida Diária, segundo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Considera-se que, de acordo com essa classificação, idoso dependente: grau I - aquele independente, mesmo que utilize algum dispositivo de autoajuda; grau II - aquele com dependência em até três atividades básicas de vida diária, tais como alimentação, mobilidade e higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada e dependente grau III - aquele com dependência que requeira assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ ou comprometimento cognitivo.⁹

Elegeram-se a população por 226 idosos residentes na ILPI (N= 226). Para a constituição da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; morar na ILPI e ser frágil (pontuação $\geq$ a sete, de acordo com a escala de fragilidade de Edmoton). Excluíram-se os idosos que não possuíam documento de identificação para comprovar a idade e os que estiveram ausentes no período da coleta resultando em 53 idosos frágeis que compuseram a amostra, e, o período avaliado foi de janeiro de 2016 a março de 2017.

Aplicou-se a escala de fragilidade *Edmonton Frail Scale* (EFS), adaptada culturalmente para a língua portuguesa, no Brasil, e considerada confiável, válida e de fácil aplicação. Nota-se que a EFS avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Remete-se que a cognição é avaliada por meio do “Teste do Relógio”. Sabe-se que os domínios “estado geral de saúde”, “independência funcional” e “suporte social” são avaliados por meio de questões de múltipla escolha (três ou cinco itens de resposta - escala tipo Likert). Salienta-se que os domínios “uso de medicamentos”, “nutrição”, “humor” e “continência” são avaliados por meio de respostas dicotômicas autoexcludentes (“sim” ou “não”). Afirma-se que o domínio “desempenho funcional” é medido por meio do teste “Levante e Ande”.¹⁰

Realizou-se, após a aplicação da EFS, a coleta de dados por meio de uma entrevista mediada por um instrumento de coleta de dados, elaborado conforme as necessidades humanas fundamentais, de Virginia Henderson. Coletaram-se os dados sociodemográficos e realizou-se o exame físico. Os prontuários foram consultados para a complementação dos dados.

Afirma-se que os idosos acamados e com grau de dependência III tiveram preferência na coleta dos dados em relação aos idosos com graus I e II, visto que aqueles demandavam maior tempo para o exame clínico necessitando de uma coleta de dados com maior cautela.

Organizaram-se os dados em uma planilha no *Microsoft Office Excel* 2010 analisando-os nos *softwares* SPSS, versão 20.0, e Stata, versão 6.0. Realizaram-se estatísticas descritivas com frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Realizaram-se as estatísticas com base nos testes de Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado. Relata-se que o valor de p não foi apresentado nas tabelas,

mas foi descrito nos resultados desde que tivesse significância estatística ao nível de 0,05. Destacam-se que os diagnósticos ressaltados na discussão foram aqueles identificados em mais de 20% da amostra.

Efetuarão-se os diagnósticos de Enfermagem utilizando-se a CIPE®, versão 2015, e seguindo-se as recomendações da Norma ISO 18.104/14, que indica incluir um achado clínico ou um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento e termos adicionais conforme a necessidade dos eixos Foco e Julgamento e dos demais eixos.¹¹

Desenvolveu-se o estudo em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde,¹² e aprovou-se o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o número de parecer 1.532.812 e CAAE 12390513.8.0000.5534.

RESULTADOS

Elaboraram-se 178 diagnósticos de Enfermagem dos quais 15 prevaleceram em 20% ou mais da amostra, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1. Diagnósticos de Enfermagem prevalentes em idosos frágeis institucionalizados. Fortaleza (CE), Brasil, 2017.

Diagnósticos de Enfermagem	Categoria de fragilidade			Total (F)	Total (%)
	Fragilidade Leve	Fragilidade Moderada	Fragilidade Severa		
	n	n	n		
Risco de queda	18	10	17	45	84,9
Baixo apetite	08	02	02	12	22,6
Ingestão de líquidos diminuída	04	03	04	11	20,8
Marcha prejudicada	10	06	04	20	37,7
Vertigem postural	06	03	03	12	22,6
Insônia	05	05	05	15	28,3
Visão prejudicada	09	07	10	26	49,1
Processo familiar prejudicado	06	03	03	12	22,6
Humor deprimido	04	03	06	13	24,5
Condição musculoesquelética prejudicada	02	04	05	11	20,8
Sono prejudicado	06	05	03	14	26,4
Audição prejudicada	05	02	04	11	20,8
Pele seca	04	01	08	13	24,5
Dor musculoesquelética	04	04	03	11	20,8
Edema	07	01	03	11	20,8

Encontrou-se relação estatística significativa no cruzamento entre o diagnóstico “Risco de queda” ($p = 0,008$) e “Pele seca” ($p= 0,021$) e o nível de fragilidade (Teste Qui-Quadrado). Ressalta-se que a significância estatística entre o número de diagnósticos e o nível de fragilidade ($p<0,001$) (Teste de Kruskal-Wallis) de modo que, quanto maior o nível de fragilidade, mais diagnósticos.

DISCUSSÃO

Sinaliza-se que o DE “Risco de queda” prevaleceu nos idosos com fragilidade severa evidenciando que, quanto mais frágil o idoso, maior o risco de queda. Salienta-se que as quedas são consideradas problemas relevantes em idosos, uma vez que reduzem a capacidade funcional, aumentam as chances de mortalidade e são uma das causas da institucionalização dos idosos.¹³ Informam-se que eventos mórbidos que ocorrem com frequência, considerados uma síndrome geriátrica, um problema de saúde pública e um dos agravos mais importantes que acometem a população idosa.¹⁴

Difere-se a distribuição das causas entre idosos da comunidade, hospitalizados e institucionalizados. Entende-se que em idosos residentes em ILPI, muitas decorrem de distúrbios da marcha e do equilíbrio, vertigem e confusão mental. Um estudo mostrou que mais de um terço dos idosos que sofreu queda cairá novamente, pelo menos, nos seis meses subsequentes.¹⁴

Sabe-se que um diagnóstico que contribui efetivamente para o aumento do “Risco de queda” é o DE “Visão prejudicada” que, também, limita a funcionalidade da pessoa idosa. Percebe-se que a presbiopia, bem como problemas visuais como a catarata, o

glaucoma e a retinopatia diabética, deve ser identificada precocemente para evitar maiores danos à saúde dos idosos. Evidencia-se que é possível preveni-los por meio de consultas oftalmológicas periódicas e da escuta ativa às demandas do idoso institucionalizado.

Lembra-se, além disso, que o DE “Marcha prejudicada” também interfere no padrão de quedas e no surgimento de outras doenças tornando o idoso mais dependente dos cuidados de outros. Verificou-se em outro estudo com idosos verificou que 72% possuíam o DE “Marcha prejudicada”.¹⁵ Destaca-se que a deambulação deve ser uma prática estimulada pela Enfermagem, pois garante independência, além de ser eficaz, econômica e prática. Nota-se que, quanto mais cedo o idoso recuperar a capacidade na marcha, mais depressa se torna independente para outras atividades de vida.

Verifica-se, nesse contexto, que a marcha e o equilíbrio prejudicados, a baixa acuidade visual, o uso de múltiplas medicações, a presença de múltiplas comorbidades,¹⁶ além de fatores externos de inadequação de infraestrutura, como leitos altos, sem grades de proteção, ambiente sem iluminação adequada, calçados inapropriados e pisos escorregadios, contribuem para o índice aumentado de quedas.

Soma-se, ainda, que os idosos institucionalizados, devido à perda das relações familiares e ao desenvolvimento de níveis de dependência, perpetuam e agravam o ciclo envelhecimento, com menor capacidade funcional e maior sedentarismo, pela inatividade e o isolamento social. Informam-se que todos esses fatores associados acrescentam, ao idoso, maior

propensão de queda com agravo pela fratura do quadril.¹⁶

Necessita-se, isso posto, que o enfermeiro, junto à equipe, identifique os idosos com potencial risco de cair, avaliando a ocorrência de queda no último ano e a presença de fatores intrínsecos como patologias, alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento e uso de medicamentos. Elaboram-se medidas que diminuam esse evento e contribuam com a qualidade de vida evitando iatrogenias, fragilidade, hospitalização e até mesmo a morte.

Dota-se o ambiente institucional de regras, normas e rotinas diárias. O idoso, muitas vezes, mora com mais quatro companheiros no quarto, o que pode prejudicar a privacidade de alguns devido ao uso coletivo dos cômodos e ao barulho. Nesta pesquisa, muitos foram diagnosticados com “Insônia” e “Sono prejudicado” corroborando outras pesquisas nas quais 49,9% relataram um ou mais sintomas de insônia.¹⁷ Evidencia-se que alterações do sono, associadas ao processo de envelhecimento, podem estar presentes com maior frequência ou gravidade nos residentes das ILPIs.¹⁸

Priorizam-se todos os diagnósticos elaborados, no entanto, um deles é responsável pela rápida deterioração dos sistemas orgânicos do idoso e contribui para o número aumentado de óbitos nos espaços das ILPI: o DE “Humor deprimido”. Considera-se que esse diagnóstico pode ser expressado no dia a dia do idoso e é fácil percebê-lo tendo em vista a proximidade do paciente com o profissional nesses locais. Adverte-se que, em outras pesquisas confirmaram quase a metade de idosos com esse diagnóstico.¹⁹

Adverte-se que esse DE pode aparecer junto da depressão, que constitui a perturbação afetiva mais frequente no idoso e é, atualmente, a principal causa de incapacidade em todo o mundo.¹⁹ Concebe-se que, é mais comum em idosos institucionalizados e, na maior parte das vezes, é subdiagnosticada e subtratada. Ressaltam-se que os sintomas depressivos entre os idosos podem, muitas vezes, ser mascarados por queixas somáticas ou sintomas físicos, não sendo tratados adequadamente por serem confundidos com algum tipo de demência.¹⁹ Compreende-se que nas instituições, esse DE deve ser priorizado já que, em alguns momentos, esses lugares podem favorecer o isolamento do idoso e a inatividade física e mental trazendo consequências negativas à qualidade de vida.²

Evidencia-se, no que tange ao DE “Pele seca”, que houve um percentual significativo

e a associação significativa com a fragilidade. Destacam-se que esses dados entram em consonância com um estudo que diz que xerose é de ocorrência frequente na pele dos idosos, particularmente nas pernas, pois, nessa idade, há a diminuição da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas e, conseqüentemente, o ressecamento, levando ao prurido e ao desconforto.²⁰ Consideram-se que as alterações na pele do idoso são os efeitos de envelhecimento mais evidentes. Apontam-se que os efeitos do envelhecimento em si, o ambiente, os hábitos de vida e as práticas de saúde durante toda a vida influenciam muito as condições da pele na velhice.

Podem-se diagnosticar, por meio do exame de pele detalhado realizado pelo enfermeiro durante o exame físico, alterações leves que, com cuidados simples como hidratação, ingestão líquida ou mudança na higiene pessoal, podem prevenir o ressecamento da pele.

Acredita-se que um dos desfechos principais deste estudo é a fragilidade que se constitui de uma síndrome multidimensional, que envolve fatores biológicos, físicos, cognitivos, sociais, econômicos e ambientais, não sendo resultante exclusivamente do processo de envelhecimento.² Relata-se que é uma condição instável, relacionada ao declínio funcional, que pode causar limitação no desempenho das atividades de vida diária e, conseqüentemente, a perda da autonomia.

Observa-se, na medida em que as pessoas envelhecem, maior vulnerabilidade às doenças, com a possibilidade de ficarem com dependência funcional e, conseqüentemente, familiar, emocional e econômica. Aponta-se que a fragilidade também está relacionada ao envelhecimento fisiológico e às questões genéticas. Porém, a velhice nunca deve ser confundida com doença.

Expressa-se o resultado da influência das variáveis genéticas sobre os desequilíbrios fisiológicos num ciclo vicioso de redução de energia, aumento da dependência e aumento da suscetibilidade a agressores cujas manifestações clínicas resumem-se em lentidão, debilidade, perda de peso, baixo nível de atividade e fadiga. Isso significa que o termo genérico fragilidade denota uma diversidade de vulnerabilidades, debilidades, instabilidades e limitações com causas compartilhadas.²¹

Mostrou-se nesse contexto, por meio dos dados, que, quanto maior o nível de fragilidade, mais diagnósticos de Enfermagem. Sugere-se que alterações fisiológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento e a

presença de doenças crônicas são possíveis fatores relacionados à grande parte dos DE's e responsáveis pelo processo de institucionalização.²²

Acrescenta-se que o enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional, deve estar atento aos fatores que agravam o desempenho do idoso avaliando e reavaliando suas respostas frente aos problemas vigentes em cada um, de forma integral e individualizada, objetivando prevenir complicações que agravem a condição de saúde do idoso.

Devem desenvolver, nessa perspectiva, por parte do enfermeiro, cuidados sistematizados por meio do processo de Enfermagem elaborando os diagnósticos de Enfermagem com o intuito de possibilitar uma análise mais ampla da saúde do idoso buscando, especialmente, promover sua autonomia e independência e otimizando a assistência de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Permitiu-se, pelo estudo, elaborar 178 diagnósticos de Enfermagem para idosos institucionalizados, dos quais prevaleceram 15 DE's, sendo o "Risco de queda" o mais prevalente. Foi evidenciado que, quanto mais frágil o idoso, mais diagnósticos ele possuía.

Conclui-se que as ações de cuidados de Enfermagem devem ser sistematizadas e o uso da linguagem diagnóstica de Enfermagem, encorajado. Acredita-se que o cuidado sistematizado, aliado ao conhecimento do enfermeiro sobre o idoso institucionalizado, pode contribuir na promoção da autonomia e independência do idoso, bem como no atendimento individualizado de suas demandas. Ressalta-se que o enfermeiro deve elaborar diagnósticos de Enfermagem acurados a fim de intervir de maneira assertiva e direcionada.

Determina-se, portanto, que este estudo poderá contribuir para divulgar a linguagem diagnóstica CIPE® para os enfermeiros de ILPI, visto que seu uso ainda é incipiente nesse cenário, e sensibilizá-los acerca da importância de utilizar uma linguagem diagnóstica unificada e internacional. Isso permite um mapeamento das necessidades de cuidados dos idosos, contribuindo, assim, para dar sustentação às suas práticas de cuidados e reforçar sua identidade profissional.

REFERÊNCIAS

1. Duarte LMN. The institutionalization process of the elderly and the territorialities: space as emplacement? *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 July

10];19(1):201-17. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhec/article/view/33754/31010>

2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul* [Internet]. 2010 Jan/June [cited 2018 July 10];27(1):232-5. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>

3. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Bessa MEP, Freitas MC. Frailty assessment of institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):318-22. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400004>

4. Linck CL, Crossetti MGO. Frailty in elderly people: what nursing research has produced. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 June [cited 2018 July 12];32(2):385-93. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200024&lng=en

5. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP®. *Rev esc enferm USP*. 2013 Apr;47(2):385-92. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200016>

6. Medeiros ACT, Nóbrega MML, Rodrigues RAP, Fernandes MGM. Nursing diagnoses for the elderly using the International Classification for Nursing Practice and the activities of living model. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Mar/Apr;21(2):523-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200008>

7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2018 July 15]. Available from: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-35809-dispoe-sobre-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-a-implementacao_800.html

8. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2018 Feb 18]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df

9. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Nov/Dec;21(6):1330-6. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2933.2371>

10. International Organization for Standardization. ISO 18.104: Health informatics Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems [Internet]. Geneva: ISO; 2014 [cited 2018 July 15]. Available from:

<https://www.iso.org/standard/59431.html>

11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2017 Dec 14]. Available from:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticia/s/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

12. Sousa RM, Santana RF, Espírito Santo FH, Almeida JG, Alves LAF. Nursing diagnoses identified in hospitalized elderly: association with geriatrics' syndromes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 Oct/Dec; 14(4):732-41. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400012>

13. Martuscello JC, Santos FC. Quedas. In: Di Tommaso ABG, Moraes NS, Cruz EC, Kairalla MC, Cendorogio MS. editors. *Geriatría Guia prático* [Internet]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 78-104.

14. Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Nursing diagnoses of the elderly at home. *Rev Bras Enferm*. 2008 July/Aug;61(4):464-9. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400011>

15. Reis KMC, Jesus CAC. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(6):1130-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0285.2658>

16. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. *Cad Saúde Pública*. 2013;3(29):535-46. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300011>.

17. Araújo CLO, Ceolim MF. Sleep quality of elders living in long-term care institutions.

Rev esc enferm USP. 2010 Sept;44(3):619-26.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300010>

18. Vaz SFA, Gaspar NMS. Depression in older people in institutional care in Bragança. Referência [Internet]. 2011 July [cited 2018 July 15]; 3(4):49-58. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln4/serlln4a05.pdf>

19. Fortes TML, Suffredini IB. Aval Skin evaluation in elderly: literature review. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2014 [cited 2018 July 15];32(1):94-101. Available from: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p94a101.pdf

20. Teixeira INDO, Neri AL. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas EV, PYL. editors. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

21. Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Nursing diagnoses of senior citizens in long term institutions. *Rev Ciênc saúde* [Internet]. 2008 July/Dec [cited 2018 July 15];1(2):57-63. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4194/3650>

Submissão: 27/07/2018

Aceito: 15/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Bruna Karen Cavalcante Fernandes
Rua Michele, 30
Bairro Passaré
CEP: 60861-444 – Fortaleza (CE), Brasil