

**Intervenções de enfermagem prescritas  
para idosos hospitalizados segundo  
grau de dependência para as  
Atividades Básicas de Vida Diária**

*Nursing Interventions prescribed for hospitalized elderlies  
according to the level of dependence in activities of  
daily living*

Paola Alves de Oliveira Lucchesi  
Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini

**RESUMO:** Objetivando identificar as intervenções de enfermagem mais prescritas para idosos hospitalizados, de acordo com seu nível de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), foram analisados 51 idosos admitidos em uma enfermaria geriátrica de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo, após consentimento informado. Observou-se que 51% dos indivíduos apresentava dependência grave, e as intervenções significativamente mais prescritas estavam relacionadas com a mobilidade, banho e segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Intervenções de Enfermagem; Dependência para as ABVDs; Idosos Hospitalizados.

**ABSTRACT:** *In order to identify the nursing interventions most prescribed for hospitalized elderly, according to their level of dependence for Activity of Daily Living (ADL), we analyzed 51 elderlies admitted to a geriatric ward belonging to a large hospital in São Paulo, after informed consent. It was observed that 51% of subjects had severe dependence and the most significantly prescribed interventions were related to mobility, bathing and safety of the patient.*

**Keywords:** *Nursing Interventions; Dependence to ADL; Hospitalized elderly.*

## **Introdução**

O número de idosos hospitalizados está aumentando e cada vez mais os profissionais de saúde que trabalham em ambientes hospitalares precisarão estar aptos para reconhecer e tratar as necessidades dessa população, respeitando suas especificidades. Para a enfermagem, trata-se de um desafio, pois a requisição de cuidados desses indivíduos, quando hospitalizados, tende a ser grande.

Sabe-se que a hospitalização do idoso pode culminar com a ocorrência de diversas condições adversas, que vão desde a perda da capacidade funcional e aumento da morbidade até o óbito (Buurman e cols., 2012; Solh, Pineda, Bouquin, & Mankowsky, 2006). A capacidade funcional é a capacidade de um indivíduo realizar de maneira independente as atividades de vida diária (Soares, Coelho, & Carvalho, 2012; Couto, 2010), sejam elas básicas ou instrumentais. A perda funcional pode muitas vezes desencadear os estados de maior morbidade e desenvolvimento de complicações (Ellis, & Langhorne, 2005). Além disso, a perda funcional com aumento da dependência aumenta o tempo de internação do idoso (Sales, & Santos, 2007) que, por sua vez, levará a um maior comprometimento funcional (Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2007).

O grau de dependência do paciente é um dos determinantes para a assistência de enfermagem, uma vez que, por meio dele, o enfermeiro prescreverá como será implementado o cuidado de enfermagem, para atender as demandas de cuidado do idoso durante a hospitalização.

Identificar o grau de dependência do idoso permite traçar um plano de cuidados individualizado e especializado, objetivando minimizar os efeitos da hospitalização e auxiliar na reabilitação do idoso para as atividades de vida diária (Sales, & Santos, 2007; Paula, & Cintra, 2005; Duarte, Andrade, & Lebrão, 2010). A prescrição de enfermagem feita com base na avaliação funcional orientará, portanto, a equipe quanto ao plano assistencial dirigido ao idoso hospitalizado, de acordo com a sua funcionalidade, respeitando suas particularidades e reduzindo possíveis complicações do período de internação.

Apesar de a avaliação funcional ser um dos alicerces da avaliação gerontológica global (Sales, & Santos, 2007), nem sempre a prescrição de enfermagem é feita com base no grau de dependência do paciente para as ABVDs (que se caracterizam pela execução de ações de autocuidado como banho, vestuário, sanitário, continência, transferência e alimentação), seja pela falta de especificidade do instrumento institucional, seja pela formação generalista dos enfermeiros da assistência. Na prática clínica, vários são os fatores que fazem com que essa avaliação não seja considerada como um dos pilares do plano de cuidados do idoso hospitalizado (Souza, Carvalhais, M.D., & Carvalhais, L.D., 2012). A falta de formação do enfermeiro em Gerontologia, a carga de trabalho desse enfermeiro na unidade e até mesmo a existência de um histórico de enfermagem padronizado para toda a instituição, que não prevê a avaliação funcional, favorecem sua não realização como parte do plano de cuidados do idoso hospitalizado. Em função disso, erroneamente assume-se que o idoso hospitalizado é dependente para as ABVDs e, conseqüentemente, a prescrição de enfermagem acaba sendo aquela elaborada para pacientes dependentes, mesmo que não o sejam.

Alguns estudos buscaram identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais prescritas para idosos hospitalizados. Independentemente do cenário e do tipo de hospitalização observa-se que são identificados muitos diagnósticos de enfermagem e um grande número de intervenções prescritas para seu manejo (Almeida *et al.*, 2008; Sakano, & Yoshitome, 2007). Não foram encontrados estudos que apontem quais são as intervenções de enfermagem mais prescritas para idosos de acordo com sua capacidade funcional para as ABVDs.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar quais são as intervenções de enfermagem mais prescritas para idosos hospitalizados, segundo o grau de dependência para as ABVDs e verificar se o número de intervenções prescritas está associado à maior dependência funcional.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, realizado em corte transversal, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética (Parecer n.º 569.960).

Os dados foram coletados em uma enfermaria geriátrica de um hospital universitário da cidade de São Paulo, no período de abril a junho de 2014. A amostra de conveniência, não probabilística, foi composta por todos os idosos que deram entrada na enfermaria no período do estudo, provenientes de outras unidades, ou cuja internação foi eletiva na Geriatria e que consentiram participação após consentimento informado. Nos casos em que o paciente apresentava comprometimento cognitivo estabelecido pelo Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, 1975), o consentimento foi obtido por meio de seu responsável legal. Foram considerados idosos os indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, de acordo com o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

Os dados foram coletados, por instrumento de coleta de dados elaborado para o estudo, a partir da análise dos registros e relatórios de enfermagem e por meio da avaliação funcional do idoso, à beira-leito, durante o período de hospitalização. Todas as avaliações foram feitas com até uma semana de internação do idoso. Dos registros de enfermagem, foram extraídos os dados demográficos do paciente e a prescrição de enfermagem referente ao dia em que a avaliação funcional foi realizada. Desse modo, a prescrição de enfermagem analisada foi referente ao dia em que a avaliação funcional foi feita, independentemente do tempo de internação. Foram também extraídos dados do prontuário médico com referência aos antecedentes de multimorbidade (incluindo o comprometimento cognitivo) e as medicações em uso.

A avaliação funcional, para determinar o nível de dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVDs), foi realizada por meio da aplicação do Índice de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). A escala avalia o grau de independência para as ABVDs a partir de questões relativas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, usar o sanitário, realizar transferência e controlar esfínter (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007). Para cada questão, o idoso recebeu 1 ponto quando realizava a atividade sem supervisão, orientação ou assistência pessoal, e nenhum ponto (0) quando desempenhava a atividade com supervisão, orientação, assistência pessoal ou cuidados integrais. Foram considerados dependentes para a tarefa os idosos cuja pontuação no item foi zero, e independentes os idosos cuja pontuação foi um. A somatória dos pontos de cada um dos 6 itens classificava o idoso quanto ao seu nível de dependência para as atividades básicas de vida diária, como segue: *6 pontos*: independente (independência); *5 a 3 pontos*: parcialmente dependente (dependência moderada); *2 a 0 pontos*: totalmente dependente (dependência grave) (Shelkey, & Wallace, 2012).

Para as análises, a amostra foi estratificada em três grupos, de acordo com o nível de dependência: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. Não foram feitas estratificações em função do tempo de internação ou procedência, uma vez que não se objetivou analisar o impacto do tempo de internação na capacidade funcional dos idosos e a consequente repercussão na prescrição de enfermagem. Medidas de tendência central e de distribuição foram usadas na análise descritiva das características dos participantes. Para a comparação de médias entre os grupos foi utilizado o teste *T de Student*. Para determinar se o número de intervenções prescritas se correlaciona com o nível de dependência (pontuação no Índice de Katz), foi utilizado o *Teste de Correlação de Spearman*. A análise da correlação entre o nível de dependência com o número de comorbidades, número de medicamentos e número de diagnósticos de enfermagem também foi feita. O *Teste Exato de Fischer* foi utilizado para verificar se existe associação entre cada intervenção de enfermagem com o nível de dependência do idoso. Foram considerados significantes os *p*-valores < 0,05. Foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* em sua versão de número 20,0.

## Resultados

Foram abordados 61 participantes dos quais apenas 51 foram incluídos. As exclusões foram feitas por motivo de recusa (3 participantes) e pela não localização do familiar responsável em casos de comprometimento cognitivo (7 participantes).

Dos 51 idosos, 56,9% eram mulheres e 43,1% eram homens. A idade média da amostra foi de  $79,3 \pm 8,6$  anos, tendo variado de 60 a 96 anos. As mulheres eram mais velhas do que os homens ( $81,07 \pm 8,20$  e  $77,00 \pm 8,78$  anos, respectivamente), no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p < 0,09$ ).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com a faixa etária em cada gênero.

**Tabela 1** – Distribuição de frequência (absoluta e relativa) dos indivíduos de acordo com a faixa etária em cada gênero. São Paulo (SP), Brasil, 2014

		Gênero		Total (N;%)
		Masculino (N;%)	Feminino (N;%)	
Faixa etária	60 – 69 anos	4; 7,8	3; 5,9	7; 13,7
	70 – 79 anos	9; 17,6	9; 17,6	18; 35,3
	80 – 89 anos	6; 11,8	12; 23,5	18; 35,3
	90 – 99 anos	3; 5,9	5; 9,8	8; 15,7
Total		22; 43,1	29; 56,9	51; 100,0

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o número de comorbidades, número de medicamentos prescritos, número de diagnósticos e de intervenções de enfermagem com o gênero (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição de frequência (absoluta e relativa) dos indivíduos segundo variáveis clínicas. São Paulo (SP), Brasil, 2014

	<b>Homens (Média±DP)</b>	<b>Mulheres (Média±DP)</b>	<b>p-valor*</b>
Número de comorbidades	3,27±1,9	4,03±1,6	0,13
Número de medicamentos prescritos	9,14±3,2	10,52±2,8	0,12
Número de Diagnósticos de Enfermagem	11,05± 3,0	10,45±3,2	0,50
Número de Intervenções de Enfermagem prescritas	14,36± 4,2	15,31±4,6	0,45
Índice de Katz	3,09± 2,5	2,45± 2,0	0,34

\* *Teste T-Student*

Observou-se que praticamente metade dos idosos apresentava dependência grave (n=26; 51,0%), outra parte deles apresentava dependência moderada (n=17; 33,3%) e uma menor parte era independente (n=8; 15,7%). As mulheres eram mais dependentes (dependência moderada a grave) do que os homens ( $p<0,02$ ), que eram mais independentes. A pontuação média dos indivíduos no índice de Katz foi de  $2,73\pm 2,30$  pontos, sendo não estatisticamente significativa ( $p<0,34$ ) maior entre os homens ( $3,09\pm 2,45$  pontos) do que entre as mulheres ( $2,45\pm 2,08$ ).

**Tabela 3** – Nível de dependência para as AVDs, segundo o gênero. São Paulo, 2014

		<b>Sexo</b>		<b>Total (N;%)</b>	<b>p-valor*</b>
		<b>Homem (N; %)</b>	<b>Mulher (N; %)</b>		
Nível de dependência	Totalmente dependente	10; 19,6%	16; 31,4%	26; 51,0%	$p< 0,025$
	Parcialmente dependente	5; 9,8%	12; 23,5%	17; 33,3%	
	Independente	7; 13,7%	1; 2,0%	8; 15,7%	

\**Teste Exato de Fischer*

O número de comorbidades não se correlacionou com o número de diagnósticos de enfermagem ( $r_s = -0,13$ ;  $p < 0,34$ ) ou com o número de intervenções de enfermagem ( $r_s = -0,06$ ;  $p < 0,62$ ). Do mesmo modo, o número de comorbidades não apresentou correlação estatisticamente significativa com o escore no índice de Katz ( $r_s = -0,18$ ;  $p < 0,18$ ).

Por outro lado, o número de medicamentos prescritos apresentou correlação negativa com o escore no Índice de Katz ( $r_s = -0,294$ ;  $p < 0,037$ ), o que quer dizer que quanto maior o número de medicamentos prescritos, menor a pontuação Índice de Katz.

Em relação ao processo de enfermagem, observou-se que quanto maior o número de diagnósticos de enfermagem (DEs), maior o número de intervenções de enfermagem prescritas ( $r_s = 0,361$ ;  $p < 0,009$ ). O número de DEs apresenta correlação negativa com o escore no Índice de Katz ( $r_s = -0,597$ ;  $p < 0,001$ ), do mesmo modo que o número de intervenções de enfermagem se correlaciona negativamente com o Índice de Katz ( $r_s = -0,397$ ;  $p < 0,01$ ).

Foram encontrados 34 DEs diferentes, perfazendo uma média de  $10,7 \pm 3,15$  DEs por idoso. Dentre os principais DEs feitos para os idosos hospitalizados segundo o nível de dependência destacam-se: risco de infecção (96,1%), risco de quedas (86,3%), mobilidade física prejudicada (84,3%), risco de constipação (78,4%), risco de confusão aguda (74,5%), déficit no autocuidado (64,7%), e risco de sangramento (52,9%). Observou-se que quanto maior o número de DEs, maior o nível de dependência do paciente para a realização as AbVD ( $r_s = -0,563$ ;  $p < 0,000$ ).

Das 67 intervenções identificadas, encontrou-se uma média de  $14,9 \pm 4,4$  itens prescritos por idoso. A associação entre a prescrição de enfermagem e o nível de dependência dos pacientes foi estatisticamente significativa, ou seja, quanto maior o nível de dependência dos pacientes para a realização das atividades de vida diária, mais intervenções recebiam ( $r_s = -0,340$ ;  $p < 0,015$ ). A tabela 3 apresenta as intervenções de enfermagem prescritas com maior frequência ou que apresentaram uma associação estatisticamente significativa o nível de dependência.



**Tabela 3:** Frequência dos itens prescritos em cada estrato do nível de dependência física. São Paulo, 2014

Intervenção de enfermagem		Nível de Dependência			Total	p-valor*
		Total (n=26)	Parcial (n=17)	Independente (n=8)		
<b>Mudar decúbito a cada duas horas</b>	Não	12	14	8	34	<b>0,004</b>
	Sim	14	3	0	17	
<b>Auxiliar o paciente nas primeiras deambulações</b>	Não	25	15	5	45	<b>0,041</b>
	Sim	1	2	3	6	
Manter itens pessoais ao alcance e orientar o uso da campainha	Não	4	1	0	5	0,548
	Sim	22	16	8	46	
Explicar todos os procedimentos e sensações que o paciente possa ter durante as intervenções.	Não	3	3	0	6	0,617
	Sim	23	14	8	45	
Intervenção de enfermagem		Nível de Dependência			Total	p-valor*
		Total (n=26)	Total (n=26)	Total (n=26)		
<b>Usar mecanismos de proteção: pulseira de identificação</b>	Não	18	5	2	25	<b>0,014</b>
	Sim	8	12	6	26	
Manter grade elevadas, rodas travadas e auxiliar na deambulação.	Não	3	1	2	6	0,421
	Sim	23	16	6	45	
Oferecer, assistir dietas conforme prescrição médica e anotar volume infundido.	Não	17	15	8	40	0,069
	Sim	9	2	0	11	
Posicionar paciente a 90°.	Não	15	6	5	26	0,313
	Sim	11	11	3	25	
Realizar banho e higiene íntima.	Não	3	6	3	12	0,097
	Sim	23	11	5	39	
Identificar presença de dor, indicar local e intensidade.	Não	1	4	1	6	0,149
	Sim	25	13	7	45	
Observar, comunicar presença e aspecto das fezes.	Não	3	1	1	5	1,000
	Sim	23	16	7	46	
Observar e comunicar presença e aspecto da urina.	Não	2	3	2	7	0,348
	Sim	24	14	6	44	
Observar e comunicar alteração comportamental, motora e sensitiva.	Não	8	5	6	19	0,074
	Sim	18	12	2	32	
Manter decúbito de 30° a 45°.	Não	4	4	4	12	0,155
	Sim	22	13	4	39	
<b>Encaminhar para banho de aspersão com auxílio.</b>	Não	19	6	3	28	<b>0,028</b>
	Sim	7	11	5	23	

\*teste exato de Fischer

## Discussão

Cuidar de idosos hospitalizados é uma tarefa que exige muita dedicação à beira-leito. A partir dos resultados encontrados, observou-se uma casuística de idosos com grande dependência funcional, vários problemas de enfermagem, traduzidos nos DEs e com alta demanda de cuidados.

O número de DEs encontrado no presente estudo está de acordo com aqueles reportados pelos estudos de Almeida e colaboradores (2008) e Sakano e Yoshitome (2007), em que foi encontrado um elevado número de DEs identificados para os idosos estudados, variando de 22 a 62. No presente estudo, foram identificados 34 DEs. No entanto, nenhum dos estudos apresentou o número médio de DEs por idoso, dificultando a comparação do número encontrado na casuística estudada. Mesmo assim, entende-se que 10,7 DEs por idoso seja elevado, assim como o número médio de itens prescritos (15 itens).

Foi demonstrado no presente estudo que grande parte dos idosos apresentou alto nível de dependência para a realização das atividades de vida diária. Um estudo realizado em Florianópolis, por Sales e Santos (2007), mostrou que a maioria dos idosos (36,6%) necessita de cuidados intermediários de enfermagem, ou seja, podem ser considerados parcialmente dependentes. Nesse mesmo estudo, 30% dos idosos necessitam de cuidados semi-intensivos ou intensivos. Apesar da gravidade, quanto mais intensivo o cuidado é, maior a dependência associada. Assim, se forem somados os pacientes com cuidados intermediários, semi-intensivos ou intensivos no estudo de Sales e Santos (2007), tem-se que 66,6% dos idosos eram dependentes da enfermagem. No presente estudo, 84,3% dos idosos eram dependentes da enfermagem para as AbVDs.

Em estudos anteriores (Decourselle, e cols., 2013; Delgado, e cols. 2009), realizados na França e na Austrália, observou-se que, com o aumento da idade, há uma piora do desempenho para a realização de uma ou mais AVDs. Quanto maior a idade, maior a probabilidade de perda funcional, em função das comorbidades comuns ao envelhecimento (Decourselle, e cols., 2013; Delgado, e cols., 2009).

O elevado grau de dependência funcional que se estabelece no idoso hospitalizado ocorre devido a riscos aos quais está submetido, decorrentes do repouso prolongado no leito durante a internação e até mesmo se a fragilidade já está instalada anteriormente, aumentando sua vulnerabilidade (Siqueira, e cols., 2004).

O uso de medicamentos também se associa à perda da capacidade funcional à medida que o uso de muitos tipos diferentes de medicamentos, o uso prolongado, ou em altas doses, podem levar à ocorrência de reações adversas, que podem aumentar o tempo de hospitalização e perda da independência, conseqüentemente. Reações adversas se correlacionam a perda de três ou mais AVDs, e quanto mais grave a reação, maior a probabilidade de perda funcional (Corsonello, e cols., 2009). Observou-se nesse estudo que o número de medicamentos obteve correlação negativa com a pontuação do Katz, ou seja, quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior a dependência para as atividades de vida diária, corroborando, portanto, as pesquisas citadas.

Quanto maior a dependência, maior será a requisição de cuidados. O grau de dependência do paciente, portanto, determinará os tipos de cuidados que serão necessários para atender suas demandas (Sales, & Santos, 2007), ou pelo menos o modo como serão prestados.

Dois dos diagnósticos de enfermagem mais identificados para os idosos (*Mobilidade Física Prejudicada* e *Deficit para o Autocuidado*) justificam as intervenções significativamente propostas, no presente estudo, segundo o nível de dependência, como: 1) mudar decúbito a cada duas horas; 2) auxiliar o paciente nas primeiras deambulações; usar mecanismos de proteção: pulseira de identificação; e 3) encaminhar para banho de aspersão com auxílio. Destacam-se outras intervenções, com menor significância, como: 1) realizar banho e higiene íntima; 3) oferecer, assistir dietas e anotar o volume infundido; e 3) observar e comunicar alteração comportamental, motoras e sensitivas. Embora essas intervenções não tenham sido estatisticamente significantes, elas tiveram um p-valor marginal, provavelmente em função do número de casos. É possível que, em casuísticas maiores, essa evidência se confirme. De qualquer forma, todas as intervenções prescritas condizem com as características de pacientes com dependência, que solicitarão mais da assistência de enfermagem para as atividades básicas como banho, deambulação, vestir-se e eliminações.

Apesar da adequação dos itens aos diagnósticos prescritos, observou-se que, dentre as intervenções mais prescritas, nem todas estavam alinhadas com o nível de dependência do paciente, ou seja, com sua capacidade funcional. Algumas intervenções características de pacientes com algum grau de dependência foram prescritas para idosos totalmente independentes como, por exemplo: manter grades elevadas e rodas travadas, auxiliar na deambulação; auxiliar paciente nas primeiras deambulações; realizar banho e higiene íntima. Apesar de essas intervenções não estarem adequadas para pacientes independentes, elas podem ter sido prescritas em função da condição clínica do paciente e, se for o caso, se justificam. De todo o modo, a capacitação constante dos enfermeiros para o aprimoramento das habilidades de raciocínio clínico, pensamento crítico e elaboração do plano de cuidados deve ser rotineira. Reforça-se, oportunamente, a importância da formação do enfermeiro em gerontologia. A avaliação funcional à admissão também deve ser incorporada à avaliação de enfermagem (histórico de enfermagem), sobretudo em cenários onde o idoso não é atendido por uma equipe de gerontólogos. Já foi demonstrado que a avaliação funcional está associada à redução da mortalidade a curto prazo (Ellis, & Langhorne, 2005).

Entende-se por '*Processo de Enfermagem*' o método de trabalho do enfermeiro, cuja aplicação favorece a implementação de cuidado individualizado (Andrade, & Vieira, 2005). No serviço estudado, o processo de enfermagem é sistematizado para todas as unidades de atendimento e existem formulários padronizados para seu registro, considerando todas as suas fases. Esses instrumentos são comuns a todas as enfermarias do hospital, não havendo especificidade em relação à especialidade da unidade. Isso quer dizer que o instrumento de registro do processo de enfermagem utilizado como fonte de coleta de dados não é específico para a gerontologia, o que pode ser entendido como uma limitação do estudo. Além disso, os diagnósticos e intervenções de enfermagem foram feitos pelos enfermeiros da própria unidade, onde nem todos têm formação em gerontologia, e não pelos investigadores do estudo. Apesar da capacitação dos enfermeiros da unidade para a aplicação do processo de enfermagem ter acontecido previamente, teria sido interessante que o levantamento dos problemas de enfermagem e a identificação dos cuidados necessários em função do grau de dependência do idoso tivesse sido feito pelos investigadores no mesmo momento da avaliação funcional.

Mais interessante ainda, teria sido se a avaliação funcional fizesse parte do processo de enfermagem da unidade, como rotina institucional, auxiliando, sobretudo, a avaliação dos idosos por enfermeiros sem formação gerontológica. Por outro lado, essa limitação permite uma análise realística da prática clínica, independentemente do que seria o ideal, reforçando um dos objetivos de investigações em saúde, que é o de retratar uma condição tal como ela é. No estudo de Souza e cols. (2012), a análise qualitativa do contexto em que ocorre o cuidado evidencia que há uma distância entre o cuidado real e o cuidado ideal, prestado ao idoso dependente.

Todas as avaliações foram feitas com até uma semana da admissão do idoso na unidade, independentemente de sua procedência. No presente estudo, não se objetivou verificar a influência do tempo de internação na capacidade funcional do idoso hospitalizado ou na sua prescrição de enfermagem, de modo que tais associações não foram analisadas. Considerando que a perda funcional também está associada à hospitalização, na medida em que o ambiente hospitalar e as iatrogenias causadas pelos procedimentos levam à maior dependência para realização das AbVDs (Mudge, O'Rourke, e Denaro 2010), tal associação deveria ser testada podendo ser, portanto, objetivo de análises futuras.

Os resultados permitiram conhecer as principais prescrições de enfermagem para pacientes idosos com dependência, e reconhecer que esse público é diferenciado quanto as suas necessidades de saúde e, portanto necessita de uma avaliação mais cuidadosa dos profissionais de enfermagem, além de profissionais especializados para seu atendimento. Além disso, se vê necessária a conscientização dos profissionais quanto à importância do processo de enfermagem que é um valioso processo de gestão do cuidado ao paciente idoso hospitalizado, à medida que direciona a equipe de enfermagem para os cuidados individualizados e específicos dos pacientes.

Nota-se a importância de se avaliarem os idosos quanto ao seu nível de dependência, e propor intervenções de enfermagem específicas para tais pacientes, a fim de promover o melhor cuidado, permitindo a recuperação e a reabilitação precoce, diminuindo as consequências da hospitalização que são significantes para os idosos.

Por fim, acredita-se que a combinação de estratégias como: a ampliação do número de enfermeiros com formação em gerontologia; a capacitação contínua para o uso das habilidades de raciocínio clínico e pensamento crítico; a construção de instrumentos de investigação clínica específicos para a avaliação de idosos hospitalizados e a incorporação da avaliação funcional como pilar da investigação clínica de enfermagem, todos atrelados a melhor condição de trabalho, podem favorecer a implementação do processo de enfermagem adequado para o atendimento das demandas de cuidado do idoso hospitalizado.

## Conclusão

O número de intervenções prescritas aumenta conforme aumenta o nível de dependência e as intervenções de enfermagem mais prescritas para pacientes dependentes dizem respeito à mobilidade, à higiene e à segurança do paciente.

## Referências

Almeida, M.A., Aliti, G.B., Franzen, E., Thomé, E.G.R., Unicovsky, M.R., Rabelo, E.R., Ludwig, M.L.M., & Moraes, M.A. (2008). Diagnóstico de Enfermagem e Intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16(4). Recuperado em 23 jan., 2015, de: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

Andrade, J.S.de., & Vieira, M.J. (2005, maio-jun.). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm*, 58(3), 261-265.

Brasil. (2003). Lei n.º 10741, de 1 de outubro 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília (DF). Alterado pela lei n.º 11.765, de 5 de agosto de 2008 e pela lei n.º 11.737, de 14 julho de 2008.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro. 2009.

Buurman, B.M., Hoogerduijn, J.G., Gemert, E.A.V., Haan, R.J., Schuurmans, M.J., & Rooij, S.E.R. (2011). Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Older Patients with Distinct Risk Profiles for Functional Decline: A Prospective Cohort Study. *PLoS ONE*, 7(1), e29621.

Lucchesi, P.A.de O., & Ferretti-Rebustini, R.E.de L. (2015, janeiro-março). Intervenções de enfermagem prescritas para idosos hospitalizados segundo grau de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), pp. 199-215. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Di Muzio, M., Giunta, S., Onder, G., Di Iorio, A., Volpato, S., Corica, F., Mussi, C., & Antonelli, I.R. (2009). Potentially inappropriate medications and functional decline in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*, 57(6), 1007-1014.

Couto, F.B.D. (2010, junho). Resiliência e capacidade funcional em idosos. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 13(Número Especial 7, “Resiliência e Velhice”), 51-62. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/3922/2562>.

Decourcelle, V., Marèchauz, S., Pinçon, C., Barrailler, S., Le Jemtel, T.H., & Ennerzat, P.V. (2013). Impact of functional decline on outcome in elderly patients with acute coronary syndromes. *Am J Crit Care*, 22(1), e1-11-14.

Delgado, P.E., Suárez, G.F.M., Miñana, J.C.C., Medina, A.G., López, V.G., Gutiérrez, S.V., & Solano, J.J.J. (2009). Risk factors associated with functional impairment at discharge and at three months after discharge in elderly individuals hospitalized for heart failure. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(2), 66-72.

Duarte, Y.A.O., Andrade, C.L., & Lebrão, M.L. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 317-325.

Duarte, Y.A.de O., Andrade, C.L.de, & Lebrão, M.L.L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 317-325. URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>.

Ellis, G., & Langhorne P. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 71, 45-59.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914-919.

Mudge, A.M., O'Rourke, P., & Denaro, C.P. (2010, Aug.). Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65(8), 866-872. (doi: 10.1093/gerona/gdq069).

Paula, J.C., & Cintra, F.A. (2005). A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 18(3), 301-306.

Sakano, L.M., & Yoshitome, A.Y. (2007). Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm.*, 20(4), 495-498.

Sales, F.M., & Santos I. (2007, jul.-set.). Perfil de Idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades; Florianópolis (SC): *Texto Contexto Enferm*, 16(3), 495-502.

Shelkey, M., & Wallace, M. (2012). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). In: *Try This: Best practices in nursing care to older adults*, 2, 1-2. New York University, College of Nursing. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Recuperado em 28 janeiro, 2015, de: [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf).

Siqueira, A.B., Cordeiro, R.C., Perracini, M.R., & Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da hospitalização de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*, 38(5), 687-694.

Soares, E., Coelho, M.O., & Carvalho, S.M.R. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 117-139. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9541/11434>.

Sohl, A.E., Pineda, L., Bouquin, P., & Mankowski, C. (2006). Determinants of short and long term functional recovery after hospitalization for community-acquired pneumonia in the elderly: role of inflammatory markers. *BCM Geriatrics*, 6(12), 1-10. Available: 21 Feb., 2015, from: <http://biomedcentral.com/1471-2318/6/12>.

Souza, L.X.M.de, Carvalhais, M.D., Carvalhais, L.D. (2012, Jul.-Sept.). O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuados. *Rev. Eletr. Enf., [Internet]*, 14(3), 644-653. Available: 21 Feb., 2015, from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a22.htm>.

Recebido em 29/01/2015

Aceito em 30/03/2015

---

**Paola Alves de Oliveira Lucchesi** – Bacharel e Licenciada em Enfermagem (EEUSP).  
Enfermeira do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).  
E-mail: [paola.lucchesi@usp.br](mailto:paola.lucchesi@usp.br)



**Renata Eloah de Lucena Ferretti-Rebustini** – Enfermeira (UNIFESP). Especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (UNIFESP). Doutora em Ciências (Patologia no Envelhecimento) pela FMUSP. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.

E-mail: [reloah@usp.br](mailto:reloah@usp.br)