

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APLICAÇÃO DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
DE WANDA HORTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA
IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MACEIÓ-AL
2023

MARIANA BARBOSA DA SILVA

**APLICAÇÃO DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
DE WANDA HORTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA
IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção do diploma de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de pesquisa: Estudos na área de saúde coletiva, com ênfase no trabalho da enfermeira na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família, a partir da implementação do Processo de Enfermagem com uso de teorias de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laís de Miranda Crispim Costa

MACEIÓ-AL

2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

S586a Silva, Mariana Barbosa da.
Aplicação da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária / Mariana Barbosa da Silva. – 2023.
108 f. : il.

Orientadora: Laís de Miranda Crispim Costa.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 77-91.

Apêndices: f. 92-95.

Anexos: f. 96-108.

1. Saúde do idoso. 2. Cuidado de enfermagem. 3. Processo de enfermagem.
4. Teoria de enfermagem. 5. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU: 613.98

Folha de Aprovação

MARIANA BARBOSA DA SILVA

APLICAÇÃO DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal de Alagoas aprovada no dia 26 de Maio de 2023.

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha de pesquisa: Estudos na área de saúde coletiva, com ênfase no trabalho da enfermeira na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família, a partir da implementação do Processo de Enfermagem com uso de teorias de enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Laís de Miranda Crispim Costa

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 LAIS DE MIRANDA CRISPIM COSTA
Data: 21/06/2023 13:48:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa (Orientadora)- EENF/UFAL

Documento assinado digitalmente
 INGRID MARTINS LEITE LUCIO
Data: 21/06/2023 13:40:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio- EENF/UFAL (Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente
 CRISTIANA BRASIL DE ALMEIDA REBOUCA:
Data: 21/06/2023 11:14:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças- UFC (Examinador Externo)

AGRADECIMENTOS

*Mais um ciclo se completa. Percurso experienciado com muita determinação, fé e amor.
Gratidão à Deus pelo dom da vida, por sua bondade em me permitir realizar sonhos,
Por seu Amor que me constrange; por ser meu guia,
minha luz e minha companhia em cada etapa da minha vida.*

*Agradeço imensamente ao meu pai **José Aparecido** e à minha mãe **Cineide**,
minha **irmã Marília** e minha sobrinha **Maria Luiza**, pelo AMOR INCONDICIONAL,
por toda a torcida e por serem minha base, vocês fazem/são tudo que sou.
Minha madrinha **Lucineide** e meus avós **Alonso e Maria**,
vocês são meu aconchego, meu lar, minha herança.
Mesmo sem entenderem, vocês me apoiam, enxugam minhas lágrimas,
assim como vibram com minhas conquistas.
Meu lindo **Alisson**, impossível não o mencionar aqui,
você que é meu colo fiel e encorajador, me acalma nos dias turbulentos,
me diverte nos dias tristes, e me acompanha em cada passo.
A vocês, todo meu Amor!*

*Quero agradecer as pessoas especiais que cruzaram o meu caminho:
Priscila Pontes, você que foi a primeira a acolher minha ideia,
me incentivou, e vivenciou comigo o início desta etapa;
Rafaela Siqueira, minha querida Rafa, não tenho palavras para agradecer
sua ajuda para que eu conciliasse os estudos com o trabalho, você é uma pessoa ímpar e
inesquecível. Torço para que nossos caminhos na enfermagem se cruzem novamente;
Equipe do SAE Gouveia de Barros, agradeço imensamente na pessoa da **Isadora** por
flexibilizar e me permitir viajar com frequência para realização da coleta de dados.
A vocês, minha Gratidão!*

*Meus amigos que sempre estiveram ao meu lado, tenho a Graça de tê-los comigo há tantos
anos: **Mari Dantas e William; Vanessa, Dani e Liz; Mayara e Myrelle.**
E tantos outros aqui não citados.
Imensamente grata por todo o carinho dedicado a mim.
Amo Vocês!*

*À banca examinadora: **Profª Drª Ingrid Lúcio e Profª Drª Cristiana Brasil**,
pelas orientações tão oportunas para o crescimento deste estudo.
À **Maria Vitória e Victória Flávia** pela ajuda essencial nesse processo.
Em especial a **equipe da UDA** e aos **Idosos participantes**, pois sem vocês
não seria possível desvelar este universo.*

*A você, **Profª Drª Laís de Miranda**, por partilhar seus conhecimentos,
pela sabedoria e mansidão ao me conduzir com maestria na realização desta pesquisa.
Você que tornou meu caminho o mais leve e prazeroso possível.
Sem você, este estudo não teria o mesmo âmago,
o mesmo brilho. Aliás, sem você, não existiria algo semelhante.*

Minha eterna gratidão!

“E o que te impede de acreditar que você é realmente do tamanho do seu sonho?”

(EMICIDA)

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a aplicação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta no cuidado de enfermagem ao idoso na atenção primária. Tratou-se de uma pesquisa-cuidado, com abordagem qualitativa. Foi realizado com trinta idosos cadastrados na Unidade Docente Assistencial Professor Gilberto de Macedo, localizada no município de Maceió - AL. A produção das informações por meio de entrevista ocorreu no período de agosto a outubro de 2022, durante as consultas de enfermagem, a partir de um roteiro semiestruturado. A análise das informações apoiou-se nos pressupostos da teoria de Wanda Horta. Os resultados indicaram a predominância de mulheres, com média de idade de 72 anos, que referiram ser analfabetas, casadas, de religião protestante, com pelo menos um filho e residiam, majoritariamente, com algum ente familiar. As necessidades humanas psicobiológicas identificadas foram de oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; percepção (olfativa, visual e auditiva); locomoção/segurança física e regulação neurológica/orientação no tempo e espaço. Foi possível averiguar associações entre as necessidades psicobiológicas, isso reforça que a avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica deve objetivar uma análise global com destaque na funcionalidade. Isto porque, para o idoso, apenas um problema não pode justificar sua sintomatologia, visto que a população longeva habitualmente manifesta um somatório de sinais e sintomas, consequência de diversas patologias concomitantes, onde a ineficiência de um sistema acarreta insuficiência nos demais. As necessidades psicossociais destacadas foram amor e aceitação/segurança emocional/gregária; lazer/recreação; autorrealização/autoestima/cuidado corporal/autoimagem e liberdade de participação/autonomia. Evidenciou-se que tanto homens quanto mulheres apresentaram necessidades relacionadas aos aspectos psicossociais durante a consulta. Reforça-se que apesar deste resultado, pessoas do gênero masculino e feminino sofrem alteração de formas distintas durante a velhice, de acordo com as influências sofridas ao longo da vida e da visão de mundo social. Dentre as necessidades psicoespirituais predominou a expressão religiosa e revelou sua influência na qualidade de vida dessas pessoas. A partir disso, identificou-se que a aplicação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas durante a consulta de enfermagem possibilitou a realização do cuidado ao idoso de forma holística e integral baseando-se em suas necessidades, o que demonstra que este modelo teórico se configura como uma possibilidade de reorientação do modelo assistencial de enfermagem no cuidado ao idoso na atenção primária.

Descritores: Saúde do Idoso, Cuidado de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Teoria de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the application of Wanda Horta's Theory of Basic Human Needs in nursing care for the elderly in primary care. It was a care-research with a qualitative approach. It was carried out with thirty elderly people enrolled in the Teaching Care Unit Professor Gilberto de Macedo, located in the city of Maceió - AL. The collection of information through interviews took place from August to October 2022, during nursing consultations, based on a semi-structured script. The analysis of the information was based on the assumptions of Wanda Horta's theory. The results indicated a predominance of women (73.3%), with a mean age of 72 years, who reported being illiterate, married, of the Protestant religion, with at least one child and mostly residing with a family member. The identified psychobiological human needs were oxygenation; hydration; nutrition; elimination; sleep and rest; exercise and physical activities; sexuality; perception (olfactory, visual and auditory); locomotion/physical safety and neurological regulation/orientation in time and space. It was possible to verify associations between psychobiological needs, which reinforces that the evaluation of the elderly in Primary Care services should aim at a global analysis with emphasis on functionality. Because, for the elderly, only one problem cannot justify their symptomatology, since the long-lived population usually manifests a sum of signs and symptoms, a consequence of several concomitant pathologies, where the inefficiency of one system leads to insufficiency in the others. The psychosocial needs highlighted were love and acceptance/emotional/herbal security; leisure/recreation; self-realization/self-esteem/body care/self-image and freedom of participation/autonomy. It was evident that both men and women had needs related to psychosocial aspects during the consultation. It should be emphasized that despite this result, people of the male and female gender undergo changes in different ways during old age, according to the influences suffered throughout life and the social worldview. Among the psycho-spiritual needs, religious expression predominated and revealed its influence on the quality of life of these people. From this, it was identified that the application of the Theory of Basic Human Needs during the nursing consultation made it possible to carry out care for the elderly in a holistic and comprehensive way, based on their needs, which demonstrates that this theoretical model is configured as a possibility of reorienting the nursing care model in elderly care in primary care.

Descriptors: Elderly Health, Nursing Care, Nursing Process, Nursing Theory, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.0.....	23
Figura 2 - Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação.....	27
Figura 3 - Etapas do Processo de enfermagem segundo Horta.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo o modelo conceitual de Wanda Horta.....	36
Quadro 2 - Classificação e definição das Necessidades Humanas Básicas e Sociais de Horta.....	39
Quadro 3 - Caracterização dos idosos participantes da pesquisa. Maceió, Alagoas, 2023.....	47
Quadro 4 - Lista de diagnósticos e Intervenções de Enfermagem com base na CIPE® a serem utilizados na aplicação da TNHB de Wanda Horta. Maceió, Alagoas, 2023.....	72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ABVD- Atividades Básicas da Vida Diária

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

APS- Atenção Primária à Saúde

CE- Consulta de Enfermagem

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

EC- Estimulação cognitiva

ESF- Estratégia de Saúde da Família

EENF- Escola de Enfermagem

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

IU- Incontinência Urinária

IUGA- Associação Internacional de Uroginecologia

MS- Ministério da Saúde

NHB- Necessidades Humanas Básicas

OMS- Organização Mundial da Saúde

PE- Processo de Enfermagem

PNAB- política nacional de atenção básica

PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC- Transtorno Neurocognitivo Maior

TNHB- Teoria das Necessidades Humanas Básicas

UBS- Unidade Básica de Saúde

UDA- Unidade Docente Assistencial

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

UFPB- Universidade Federal da Paraíba

UNCISAL- Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 As dimensões do cuidado de enfermagem ao idoso.....	16
2.1.2 Concepções do cuidado.....	16
2.1.3 O processo do cuidar em enfermagem.....	19
2.1.4 Consulta de Enfermagem/ Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	21
2.1.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....	23
2.2 O cuidado integral ao idoso na atenção primária.....	24
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
3.1 Espaço quadripolar da pesquisa.....	27
3.1.1 Polo epistemológico.....	28
3.1.2 Polo Morfológico.....	28
3.1.2.1 Cenário.....	30
3.1.2.2 Participantes.....	30
3.1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
3.1.3 Polo Técnico.....	31
3.1.4 Polo Teórico.....	34
3.2 Análise das informações.....	43
4. PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.1 Análise dos riscos e benefícios.....	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1 Caracterização dos Participantes.....	45
5.2 Necessidades Psicobiológicas.....	48
5.3 Necessidades Psicossociais.....	62
5.4 Necessidades Psicoespirituais.....	70
5.5 Principais Diagnósticos de Enfermagem.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre E Esclarecido.....	92
ANEXO A- Instrumento Para a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao idoso com depressão no ambulatório de psiquiatria do Hospital Lauro Wanderley-HULW/UFPB.....	96
ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP.....	105

APRESENTAÇÃO

Ainda que as evidências e probabilidades me conduzissem ao distanciamento do meio acadêmico, aqui estou. Lembro-me de uma infância cheia de sonhos, fantasias e boas memórias. Já quis ser embaladora de presentes, a Sandy, e até astronauta. Mas algo me aproximou da área da saúde, mais especificamente do cuidado. A ciência da saúde me encantava como nenhuma outra, e a partir daí comecei a remar contra a corrente. No ano de 2011 ingressei no curso de Terapia Ocupacional, no entanto, ainda não me preenchia, não era aquilo. Em 2013 prestei vestibular novamente, agora então para o curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL. Me encontrei. Era isso. Recordo-me da minha primeira aula de Saúde e Sociedade, onde discutimos sobre o que era saúde e pensei: aqui é o meu lugar.

Com o passar dos períodos comecei a me interessar por tudo que a Universidade me ofertava, aliás, fui monitora, extensionista e aluna de iniciação científica; por sinal, foi um projeto de extensão em especial que me conduziu até aqui: “Universidade Aberta à Terceira Idade”. Projeto o qual me dediquei durante três anos, onde firmei laços afetuosos, aprendi mais que ensinei e desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso. Que saudade!

Mas eu queria mais... então, com a finalização do curso, prestei seleção para três programas de residência os quais obtive êxito. Fiquei em êxtase! Como aquela menina sem perspectiva alguma estava conseguindo ir tão longe!? Pude escolher, e recordo-me de uma professora em especial, que mesmo não sendo docente da minha turma era reconhecida por seu cuidado ao idoso e logo quis me aproximar: Professora Doutora Elisabeth Moura. Minha querida professora Beth! A escolha não se tornou tão difícil quando soube que ela era a coordenadora de um dos programas de residência no qual tinha passado. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de Alagoas; foram 5.760 horas vividas intensamente e mergulhada no mundo da saúde do idoso. Que privilégio! Diversos cenários: clínica médica, clínica cirúrgica, centro de oncologia, hospital dia e minha querida Atenção Básica.

Experenciar a enfermagem dentro do programa de residência me fez enxergar além do que os livros trazem, visto que é através das necessidades trazidas pelas pessoas que nossa conduta começa a ser direcionada com eficácia; é mais que ler os artigos e livros, é olho no olho, toque, escuta qualificada, é indo de casa em casa.

Apesar da imensa gratidão e aprendizado durante esse tempo, algo me inquietava desde a graduação: o cuidado de enfermagem ao idoso na Atenção Primária. Pude vivenciar uma

prática onde a pessoa idosa era vista apenas como “portadora de doenças crônicas não transmissíveis”, mais especificamente consideradas apenas como “os hipertensos e diabéticos”; silenciados em suas angústias, esquecidos em suas necessidades.

A partir daí eu logo busquei ingressar no Mestrado e, levando em consideração todo meu percurso, eu precisava estudar e me aprofundar no mundo da pessoa idosa no contexto da atenção primária, assim surgiu meu objeto de estudo; que é muito mais que um estudo para cumprimento da pós-graduação, é um trajeto de vida que me move e não me faz parar aqui, ousou chamar de vocação.

Ao longo da dissertação, o leitor poderá visualizar que os capítulos foram divididos em **Considerações Iniciais** com abordagem da população idosa e o cuidado de enfermagem na atenção primária, assim como a questão da pesquisa e objetivo do estudo; na sequência tem-se a **Revisão da Literatura**, com subtópicos relacionados às "Dimensões do cuidado de enfermagem ao idoso" e "O cuidado integral ao idoso na atenção primária". O **Percurso Metodológico** descreve as etapas do estudo a partir do espaço quadripolar da pesquisa: polo epistemológico, polo morfológico, polo técnico e o polo teórico. Os **Resultados** do estudo são apresentados através das categorias “Necessidades Psicobiológicas; Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais”. A **Discussão** e análise de dados foram subsidiadas pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, assim como foram utilizados estudos nacionais e internacionais pertinentes à temática. Para finalizar, as **Considerações Finais** apresentam a síntese dos principais resultados, a importância da utilização de uma teoria de enfermagem e as limitações do estudo.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo trata da **aplicação da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária**. A concepção deste objeto se deu a partir de vivências na assistência à saúde do idoso na atenção básica, na qual ainda há predominância do modelo biologicista e tecnicista, o que contribui para a ascensão da medicalização e prejuízo para as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos; caracterizando-se, assim, uma assistência fragmentada e reducionista.

O envelhecimento da população se apresenta de forma rápida e crescente no mundo. Este fenômeno explica-se pela redução das taxas de mortalidade e natalidade, atrelado aos avanços tecnológicos na saúde e melhorias nas condições socioambientais (SILVA *et al.*, 2019). Até o ano de 2025 estima-se que o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Além disso, o índice de envelhecimento poderá alcançar a marca de 173,47% em 2060, quando em 2018 esse número era de 43,19% (BELASCO, 2019). Em Alagoas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2018), no ano de 2023 a estimativa populacional é de 423.252 idosos.

Para além do critério cronológico, envelhecer é um acontecimento natural, progressivo e irreversível, e agrega-se com transformações explicadas por diversas teorias. Elas são fundamentadas por manifestações clínicas habituais, como as síndromes geriátricas, isto é, mudanças que afetam a autonomia, independência e a qualidade de vida da pessoa, assim como modifica o estado de cognição, humor, mobilidade e comunicação (KIM, 2019).

A modificação da pirâmide etária é um grande desafio para as políticas públicas, que necessita consideração quanto aos direitos e as demandas específicas de atenção à saúde desse grupo populacional, suscetível a eventos e agravos referentes à própria idade. (DUARTE *et al.*, 2018; BURNS, 2016).

Em 1994, a partir da criação do Programa de Saúde da Família, atualmente definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS). No ano de 2017 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que determinou a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando-se as condutas de incentivo ao acesso do sistema de saúde, através da ESF (NÓBREGA *et al.*, 2020).

Dentro desse contexto, ressalta-se que o enfermeiro se dedica no processo de construção de vínculo a partir do cuidado nas unidades de saúde, gerenciam suas ações, assim

como são referências para a equipe e o idoso assistido. A partir deste entendimento, esse profissional tem um papel importante no cuidado à pessoa idosa, pois detém habilidades para o estabelecimento de uma relação direta da pessoa idosa com a rede de atenção primária. Contudo, ainda há uma longa trajetória a percorrer para que suas ações estejam de acordo com a metodologia que visa as melhores práticas de enfermagem (FREITAS, 2022).

Para subsidiar a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), os enfermeiros possuem variados modelos conceituais para executar ações com fundamentação científica. Dentre os quais destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Aguiar Horta, que se baseia no processo como forma de observar, interagir e integrar o indivíduo em seu processo de cuidado (HORTA, 2015).

A teoria desenvolvida por Wanda Horta apresenta, por ordem de relevância, cinco níveis de necessidades: fisiológicas, de segurança, sociais, do ego ou estima e o de autorrealização. A partir do conhecimento e aplicação dessa Teoria de Enfermagem, as necessidades básicas que os idosos apresentam podem ser melhor compreendidas através da determinação de prioridades, contribuindo, assim, para o planejamento de cuidados (HORTA, 2015).

Frente ao exposto, acredita-se que o enfermeiro da AB tem papel fundamental no atendimento às necessidades de saúde da população idosa e, que na prática profissional da enfermagem é preciso conhecimento acerca dessas teorias para nortear suas ações, com o objetivo de uma prestação de cuidado integral à saúde do idoso. Diante disso, este estudo tem a seguinte questão norteadora: **a aplicação da teoria das NHB de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária pode contribuir para reorientar a prática de enfermagem?**

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a aplicação da teoria das NHB de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária.

A relevância se configura pela possibilidade de subsidiar os enfermeiros à prestação de um cuidado holístico, baseado nas necessidades humanas apresentadas pela pessoa idosa, além de ampliar o conhecimento acerca das Teorias de Enfermagem. Com isso, acredita-se que contribuirá para melhoria da assistência de enfermagem, o que refletirá diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa assistida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O capítulo a seguir aborda as concepções do cuidado e do cuidar em enfermagem, assim como a Consulta de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária, a fim de embasar, a partir de pesquisas e evidências científicas, a importância do cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária.

2.1 As dimensões do cuidado de enfermagem ao idoso

2.1.2 Concepções do cuidado

A palavra cuidado procede *do latim cogitatu, pensado, imaginado, meditado. A origem etimológica cogitatus, refletido* (FERREIRA, 1999). Ademais, o termo cuidado refere-se a: “dedicação; cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosas (falando de pessoa); atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo” (HOUAISS, 2001).

O cuidado é um conjunto de pilares ontológicos do *Desein* (ser-aí) como ser-no-mundo: de outro modo, abrange todas as possibilidades da existência que se refiram às coisas e aos outros. Seu aspecto não se afigura apenas a um sentido ôntico, mas também ontológico, isto é, o cuidado ultrapassa o panorama teórico ou prático e considera o seu ser, o sentido da realidade (HEIDEGGER, 1997).

Por conseguinte, é relevante refletir e discutir: o que é esse ser-no-mundo e o cuidado? Pode-se alegar que o sentido que isso exerce é o de se estar lançado em um mundo. Martin Heidegger, conhecido como o filósofo do cuidado, denomina de “estar em jogo”, é compreender que nesse jogo há riscos, limitações, erros e acertos que requerem cuidado, e que é preciso cuidar de si para cuidar do outro (HEIDEGGER, 1997).

Heidegger enxerga o homem como um “ser de cuidado”, isso significa que o cuidado está no âmago da existência da humanidade. O autor da obra “Ser e Tempo”, denomina alguns conceitos que compõem a base do seu pensamento, dentre eles a definição do cuidado (HEIDEGGER, 2005):

O cuidado pode ser entendido como ato que ocupa um sentido ontológico, ou como possibilidades, um sentido que vai além do ato, além do que se pode perceber. Para Heidegger, o cuidado abrange o modo positivo de cuidar das pessoas, o que não é sinônimo de bondade, e, sim, de entender autenticamente o que é importante (HEIDEGGER, 2005).

A evolução humana passou por um grande marco durante o período Paleolítico, onde os indivíduos viviam agrupados, quase sempre nômades, percorrendo de um lado para outro em prol da sobrevivência. Dessa forma, surgem as primeiras práticas de cuidar, direcionadas unicamente para proporcionar a sobrevivência através de medidas de higiene. Progressivamente, o homem passou a ter um apoio fixo e iniciou-se a valorização da vida em sociedade. O cuidado transcende, então, à dependência recíproca. Mais à frente, houve domínio do pensamento mítico, religioso e sobrenatural, e o cuidado passou a ser efetuado por feiticeiros, pajés ou sacerdotes, pois, as doenças eram consideradas como elementos da natureza e/ou espíritos sobrenaturais (MAIA, 2008; GUTIERREZ, 2001).

Com a expansão da força de trabalho na produção das indústrias, durante a transição do Feudalismo para o Capitalismo, o cuidado humano voltou-se para recuperar a saúde da população. O ambiente hospitalar que era tido como um lugar de cuidado e abrigo, passou-se a ser um ambiente terapêutico e de produção de novos conhecimentos, onde a prestação da assistência era realizada por profissionais de saúde e outros profissionais habilitados. Desse modo, o cuidado médico especializado efetuou-se como o único científico, contrapondo-se ao cuidado empírico (MAIA, 2008; GUTIERREZ, 2001).

O cuidado é uma ação pertencente ao ser humano, é intuitivo, instintivo, faz parte da natureza do indivíduo. Para Boff (1999) e Waldow (1998), cuidar é uma configuração da interação humana, uma necessidade básica que transforma e transcende. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Assim sendo, envolve mais que um momento de atenção, de dedicação e de zelo. Simboliza atitudes de preocupação, de comprometimento e envolvimento afetivo com o outro.

Waldow (1998) considera que o cuidado pode ser entendido como altruísta, sem projetar serventia ou consequência, o que proporciona ao ser cuidado o bem estar a partir de suas condições. Isso inclui alimentação, comodidade, respeito, benevolência, descanso, proteção e informação. Para a autora, o cuidado é o desfecho em si mesmo. Salviano *et al.* (2016) revela que o cuidado retrata uma arte e um paradigma novo, atencioso, amoroso e com participação na relação da natureza com as relações humanas. É mais que uma técnica ou uma virtude, é a ética natural (HEIDEGGER, 2005).

Cuidar é uma das manifestações mais críticas e essenciais para a saúde, para o desenvolvimento humano, para a concretização de vínculos sociais, bem-estar e sobrevivência (LEININGER, 1988). O cuidado se refere aos atos, às vivências e às ideias conduzidas a indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou potenciais. Tem como propósito ajudar,

dar suporte, possibilitar ou permitir, desenvolver ou restaurar o estado de saúde, o estilo de vida ou o enfrentamento da morte (LEININGER, 1988; 2006).

Pellegrino (1985) afirma que o termo cuidar pode distinguir-se, no âmbito das profissões de saúde, em quatro sentidos. O primeiro sentido destacado pelo autor é o “cuidar por compaixão”. De acordo com essa compreensão, o ato de cuidar está relacionado a ter compaixão pelo outro, colocar-se em seu lugar, viver sua vivência, sofrer o seu sofrimento, é envolver-se com seu estado de saúde.

O segundo sentido relaciona-se com uma ação a qual um indivíduo ajuda o outro a fazer aquilo que está impossibilitado de realizar sozinho. Sob essa ótica, cuidar é promover autonomia para o outro, ou seja, ajudá-lo a fazer sua própria vontade. Nesse sentido, o cuidar proporciona ferramentas para que o sujeito desenvolva sua independência. Diferencia-se do primeiro sentido, pois se refere mais à ação do que à paixão (PELLEGRINO, 1985).

O terceiro sentido do cuidar para Pellegrino, é solicitar ao paciente a transferência de suas responsabilidades e anseios ao profissional de saúde. Nesse sentido, cuidar é convidar – que se difere de coagir – o sujeito a confiar no profissional; é deixar-se ser ajudado (PELLEGRINO, 1985).

O último significado do termo cuidar faz alusão à depositar todos os procedimentos, pessoal e técnica, com detalhe e em perfeito estado à disposição do enfermo. Cuidar de alguém é buscar seu bem, é favorecer sua saúde de forma integral. Isso requer dispor de recursos técnicos e humanos a serviço do sujeito (PELLEGRINO, 1985).

Pelo exposto nos quatro sentidos, o cuidado integral é obrigação moral de todos os profissionais da saúde. De acordo com o autor, a ação do cuidar não é uma opção vital, mas uma atribuição fundamental. E seu fundamento encontra-se no primeiro texto de ética médica ocidental: o Juramento de Hipócrates (PELLEGRINO, 1985).

Cuidar de alguém não é resolver as experiências aflitivas, mas fazer-se companheiro do indivíduo em seus momentos de dificuldade, ajudá-lo a suportar. Não é uma ação de proteção paternal, mas uma ação de trabalho em resposta às necessidades do outro. Consiste essencialmente em ajudar alguém a superar suas experiências dolorosas, não só fisicamente, mas também no sentido moral, psicológico, social e espiritual (ROSELLÓ, 2009).

É preciso refletir e esclarecer o entendimento e o desempenho sobre o cuidar, para que possibilite uma oportuna articulação, com o intuito de neutralizar os modos de trabalhar e de pensar que dificultam a ampliação e a prática desse conceito. Entretanto, o processo de cuidar se estabelece na perspectiva das contingências formais. Isso significa que “de alguma maneira escapa à temporalidade, à coerência imediata, à lógica dos princípios” (HIRSCH, 1990)

Não obstante, é indispensável que algumas concepções de caráter antropológico e ético sejam esfera na ação de cuidar, e concedam a releitura da própria ação e a submetam à autocrítica sob mínimos parâmetros intelectuais que precisam ser elaborados de forma frequente à luz das contribuições do mundo da experiência (ROSELLÓ, 2009).

Destarte, o processo de cuidar tem sido foco de muitos estudos e reflexões, pretendendo-se mudanças práticas no entendimento do outro como um ser holístico e a transformação da assistência em um sistema de cuidar, onde o cuidado deve ser apropriado como uma relação única entre dois seres (ANDRADE *et al.*, 2008).

2.1.3 O processo do cuidar em enfermagem

O cuidar é uma ação tão antiga quanto a humanidade, considerado inerente à condição humana (AMEZCUA, 2015). Embora estivesse sempre presente nas atividades de enfermagem, o cuidado passou a ser instituído como profissionalização a partir de Florence Nightingale, que ganhou visibilidade durante sua atuação na Guerra da Crimeia (1853-1856). Nightingale passou a ser conhecida como a “Dama da Lâmpada”, por prestar assistência aos enfermos no período da noite com uma candeia a óleo, tal como despertar a reforma na saúde pública da Inglaterra e a instituição de novas escolas distintas das existentes à época (LYNAUGH, 2002).

Filha de um casal nobre da Inglaterra, Florence Nightingale nasceu em maio de 1820, durante uma viagem que seus pais realizavam pela Europa; cresceu em meio a uma sociedade aristocrática, e recebeu uma educação primorosa. Florence inovou o conceito de enfermeira da época, a partir de seus cuidados aos soldados feridos da guerra, alastrou suas crenças, concepções e preceitos que instituíram um novo modelo do fazer e ser enfermagem a ser seguido naquele período. A partir disso, tornou-se identidade da profissão, constituindo-se a base sobre a qual se pratica a Enfermagem (DONOSO, 2020).

Suas concepções estão presentes na atualidade como alicerce para o cuidado de enfermagem na definição de pessoa, ambiente, saúde e doença (MEDEIROS, 2015; HADDAD, 2011). Com o crescimento científico e profissionalização por meio de Florence, a enfermagem moderna reconhece o cuidado como o centro norteador do seu processo de trabalho (SALVIANO *et al.*, 2016).

Para compreender o cuidado como fundamento da enfermagem é importante regressar à gênese da profissão baseada na abordagem de Florence, que transformou o saber e o desempenho, ampliando o conhecimento teórico e a busca fundamentada para melhoria nas práticas cotidianas em observar, explicar, prever e controlar os fenômenos dos quais inclui o

cuidado às pessoas, famílias e comunidades (YOUNG *et al.*, 2011; NIGHTINGALE, 1990; CARMEN, 2004).

A conjuntura histórica a qual expandiu sua prática foi de remodelação das relações sociais de produção, reprodução e distribuição de bens materiais e espirituais, apontadas pela revolução industrial (YOUNG, 2011; ENGELS, 1963). A época referia-se a era vitoriana, definida pelo puritanismo, isto é, pelo excesso de rigidez e escrúpulos no seguimento de normas de conduta moral públicas e privadas. Assim, as mulheres eram subordinadas aos homens, não só na vida político-social como na vida doméstica. Esse cenário levou à definição do cuidado como uma obrigação da mulher altruísta, associando a profissão da enfermagem ao público feminino.

Leininger (1991), aponta o cuidado como natureza e foco central da enfermagem, seja na academia ou como profissão, o que a diferencia de outros campos de conhecimento. Para Watson (1999), a enfermagem é a ciência e a filosofia do cuidado, pois apesar de compartilhar com outras profissões da saúde o cuidado do indivíduo, família e comunidade, é o profissional enfermeiro que lida de forma imediata e direta, executa e gere o ato de cuidar.

Horta (1979) conceitua o cuidado de enfermagem como uma atividade desenvolvida com planejamento, de forma deliberada ou automática do enfermeiro, decorrente de seu discernimento, análise e averiguação do comportamento, da conjuntura ou condição do indivíduo, família ou comunidade.

Embora existam diversas teorias sobre o cuidar, a prática ainda é um grande desafio para os profissionais da área da enfermagem, visto que cada pessoa possui princípios e valores próprios, assim como formações distintas, o que interfere diretamente no processo de cuidar. Ademais, o mercado de trabalho detém perspectivas diferentes sobre o profissional, distanciando-o do cuidado ontológico (ANDRADE *et al.*, 2008).

O significado do cuidado é edificado por razões que motivaram o profissional de enfermagem a definir a profissão. Em outros termos, é construído através das implicações que a profissão tem para a pessoa, mediante aplicabilidade do conhecimento e da contribuição para crescimento da prática profissional, e atualização do próprio conhecimento. Os cuidados seguem a simplificar-se para cuidados pontuais, rápidos, contínuos e permanentes, guiados para a solução de dificuldades individuais que atingem a dimensão de cada pessoa e que requerem um serviço institucionalizado, reconhecendo-o como parte relevante na recuperação da saúde (HERNÁNDEZ *et al.*, 2009; MEDINA, 2019).

Ao desempenhar o cuidado ao ser humano em unidades de saúde, em modelos assistenciais formalmente instituídos, ou em um contexto que engloba diversas complexidades

e diferentes níveis de atenção, o enfermeiro deve fazer uma análise crítica sobre as bases teóricas, históricas, filosóficas, espirituais e sociais da profissão, representadas em sua forma de cuidar, nas relações interpessoais e no seu ambiente de trabalho (SALVIANO *et al.*, 2016).

Preconiza-se que o cuidado aconteça de forma humanizada e integral. Desse modo, o sujeito deve ser reconhecido como um ser individual que integra uma família e uma comunidade, e que os fatores de interação e submissão do mesmo são determinantes em seu processo de saúde-doença. Nesse contexto, espera-se que a enfermagem reconheça em seu cuidar não apenas os aspectos biológicos, que se referem ao processo saúde-doença das pessoas, famílias e comunidades, mas também, as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos indivíduos (SALVIANO *et al.*, 2016).

Estima-se então, que as interações interpessoais reproduzam atitudes de cuidado, que promovam compreensão expandida do impacto do meio na saúde dos indivíduos, coletividades e populações. Logo, a assistência, o ensino e a pesquisa em enfermagem serão apontados por progressos, a partir da importância da formação do homem e reconhecimento da epistemologia do cuidado em enfermagem (SALVIANO *et al.*, 2016).

A essência do trabalho do enfermeiro está em compreender o cuidado como desígnio da enfermagem, e a partir da realização dessa meta no dia a dia fortalecer as ações ordenadas dos elementos éticos e técnicos que constituem a prática social (SALVIANO *et al.*, 2016).

Alusivo à toda a literatura referente ao cuidar em enfermagem, evidencia-se que uma visão caridosa do cuidar deve ser desconsiderada, sucedendo reflexões de natureza filosófica, elencada nos princípios éticos, epistemológicos e ontológicos da enfermagem como ciência do cuidado (ANDRADE *et al.*, 2008).

Para Andrade *et al.* (2008), assim como o cuidar é ontológico para o homem, ele também deve ser para um ser que cuida de outro ser. Explana ainda que a ciência do cuidar consiste em deixar fluir no cuidador sua habilidade ontológica de “ser” humano. E como ciência, a enfermagem ainda tem um grande trajeto a percorrer até que se estabeleça o verdadeiro princípio ontológico do cuidar ao cuidador da enfermagem.

2.1.4 Consulta de Enfermagem/ Sistematização da Assistência de Enfermagem

O enfermeiro, para desempenhar a diversidade de ações comuns e específicas que lhe são atribuídas, deve exercitar várias competências, entre elas, a habilidade de desempenhar a consulta de enfermagem para efetuar o cuidado e a gestão do processo terapêutico (BRASIL, 2017).

A consulta de enfermagem foi expressa pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio do artigo 11 da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 (BRASIL, 1986). A Resolução nº 358/09 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, considera que:

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem– processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem– determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação– realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem– processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

O PE deve ser executado, de modo deliberado e sistemático, em todos os espaços em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e precisa contar com o auxílio de teorias que guiem a coleta de dados, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os registros do PE cooperam para a visibilidade e para o reconhecimento da profissão, e tem se favorecido do uso de sistemas de classificação, que possibilitam uma melhor comunicação e, de modo consequente, promovem a qualidade do cuidado de enfermagem (COFEN, 2009). Na atualidade, dispõe-se de alguns sistemas de classificação, dentre eles, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

2.1.5 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), foi constituída pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). É um sistema de linguagem única de enfermagem para registros das práticas de cuidado para auxiliar no desenvolvimento e no mapeamento cruzado entre os termos locais e terminologias existentes (ICN, 2017a).

A CIPE® é uma “terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial” (GARCIA, 2016, p. 24). Seu início se deu em 1989 após anuência da resolução que previa a criação de uma classificação internacional dos elementos da prática profissional. No ano de 1996 foi divulgada pelo ICN a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem– Versão Alfa: Um marco unificador (GARCIA, 2020).

Nos anos de 1999 e 2001 foram publicadas as versões Beta e Beta 2. Em 2005 foi divulgada a Versão 1.0, diferenciando-se das anteriores com o Modelo dos Sete Eixos, que possibilita a formação de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, por meio de um arranjo dos termos referentes aos eixos: Foco; Julgamento; Meio; Ação; Tempo; Localização; e Cliente (GARCIA, 2020).

Figura 1– Modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.0



Fonte: Garcia, 2020.

Os sete eixos são definidos como:

- 1) foco – área de atenção relevante para a Enfermagem;
- 2) julgamento – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
- 3) meios – maneira ou método de executar uma intervenção;
- 4) ação – processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente;
- 5) tempo – o ponto, período, momento, intervalo ou duração de uma ocorrência;
- 6) localização – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção;
e
- 7) cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (ICN 2005; 2007).

A universalidade da língua de enfermagem elucida os elementos de sua prática: os fenômenos identificados (diagnósticos de enfermagem), as ações executadas (intervenções de enfermagem) e o resultado esperado (resultados de enfermagem) (ICN, 2017a).

A CIPE® auxilia para a coleta de dados confiáveis e oportunos sobre a prestação dos cuidados de enfermagem, intervindo na tomada de decisões, educação e políticas. Ademais, os resultados dos cuidados prestados podem ser analisados relativamente aos diagnósticos e intervenções de Enfermagem, a fim de que a prática do enfermeiro possa ser avaliada e equiparada com dados de enfermagem no mundo inteiro (ICN, 2017b).

Em virtude da dinâmica da prática de enfermagem, constantes revisões e progressos da CIPE® são necessários, com isso, desde 2009 tem sido publicada uma nova versão bianual desse sistema de classificação (GARCIA, 2020).

2.2 O cuidado integral ao idoso na atenção primária

Nas últimas décadas, o Brasil vivencia o fenômeno do envelhecimento populacional. Isto está atribuído aos fatores culturais, sociais, econômicos, científicos e de saúde que atuam em conjunto. Dentre eles, está a redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida da sociedade (BRITO *et al.*, 2017; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018), a parcela de pessoas com 65 anos ou mais que constituía a população brasileira em 2010 era de 6,78%, com projeção de 13,44% para o ano de 2030. A passagem de um regime demográfico de alta para baixa natalidade e mortalidade, resulta em novos desafios para os sistemas de saúde (CÂNEDO; LOPES; LOURENÇO, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde, é legitimada como uma estratégia fundamental para reorganização e ampliação da efetividade desse sistema. Estabelece-se como referência para o processo continuado do cuidado, com ações e serviços de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação à saúde, de modo a atender aos agravos de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (STARFIELD, 2005).

No decorrer da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) foi implementada como política de Estado, onde as ações da APS foram designadas de AB. Suas definições de atuação estão previstas nas normas dispostas no SUS e na Constituição Federal do Brasil de 1988. A APS é organizada em rede hierarquizada de nível de complexidade crescente e atua na integralidade da saúde (BRASIL, 2017).

Estabelecida na Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), designa a AB como porta de entrada para atenção à saúde da população idosa e ressalta os serviços de média e alta complexidade como referências (BRASIL, 2006).

Na perspectiva de seu modo de atuação, de ser considerado como o nível prioritário na assistência e monitoramento da saúde da população idosa, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que os serviços da AB deveriam se adaptar para atender os idosos de maneira satisfatória (OMS, 2004). Com isso, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2006, o Caderno de Atenção Básica nº19, no qual apresenta recomendações às equipes de saúde da atenção primária com o intuito de ampliar a resolubilidade das demandas dessa população específica (BRASIL, 2007).

Ainda em 2006 entrou em vigor a Portaria n.399/2006, a qual estabelece o “Pacto pela Saúde”, trazendo a saúde do idoso como uma das seis prioridades na assistência à saúde das três esferas governamentais e firmando o objetivo de melhorar a qualidade no cuidado com a saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006). Em 2014, a relevância do trabalho em rede e a ação de integração dos diferentes pontos de atenção do SUS, adequando-se às necessidades da pessoa idosa através do modelo de atenção integral, foram definidas pelas Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS (BRASIL, 2014).

Para a OMS é necessário um realinhamento a partir da constatação das necessidades especiais dos idosos, com modificações que permitam a sustentabilidade dos sistemas de saúde, e que promovam o destaque da APS. Além disso, ressalta o reconhecimento das debilidades da pessoa idosa como uma prioridade pública (OMS, 2015).

Na AB espera-se a prestação de uma assistência humanizada, com orientação, apoio domiciliar para acompanhamento, respeito às culturas e diversidades da longevidade além da minimização das barreiras que possam existir, inclusive as arquitetônicas. Por isso, adotar medidas de intervenção que corroborem para um ambiente de apoio e de promoção é muito importante para o acolhimento dos assistidos em todas as fases da vida (BRASIL, 2007).

Embora a atenção à saúde na APS seja partilhada com toda a equipe, a execução do cuidado é uma das competências da enfermagem. O profissional enfermeiro é incumbido para realizar o cuidado integral nas ações da APS, objetivando que o atendimento do usuário não seja apenas focado na doença e no tratamento, mas nas condições que transpassam a vida de cada indivíduo (ACIOLI *et al.*, 2014).

Dentro da APS, Fernandes *et al.* (2018) aponta que a prática clínica, de semiologia e semiotécnica juntamente com o acolhimento, vínculo e escuta, através da Consulta de Enfermagem (CE) e de ações de educação em saúde, constituem a essência do fazer do enfermeiro, o que possibilita mais autonomia e reconhecimento do profissional no campo da AB.

Seja por demanda espontânea, ou por busca ativa – que é realizada por meio de visitas no domicílio – a atenção à saúde da pessoa idosa na APS, deve se apoiar em um desenvolvimento de diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico sofre influência de vários fatores, como o lugar onde o idoso vive, a relação entre profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica do idoso (aspectos biológicos, funcionais, psíquicos e sociais) e o exame físico (BRASIL, 2007).

As demandas particulares que o idoso possui o diferencia dos demais usuários. Nesse sentido, ressalta-se a importância da quebra do paradigma de um único modelo para o atendimento da população, que gera limitação na assistência ao usuário. Há, portanto, necessidade de elaboração de modelos de atenção à população idosa que sejam capazes de guiar o fluxo desses usuários no sistema de saúde e que admitam melhor organização das ações de cuidado a partir de suas demandas (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção é apresentado o delineamento metodológico da pesquisa segundo o espaço quadripolar.

3.1 Espaço quadripolar da pesquisa

O espaço metodológico quadripolar é formado pelos pólos epistemológico, morfológico, técnico e teórico. Esta composição possibilita verificar com primazia a coerência metodológica do estudo, assegurando rigor e cientificidade à pesquisa (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977; MACHADO *et al.*, 2019). O delineamento do espaço quadripolar adotado neste estudo está representado na Figura 2:

Figura 2- Representação do Espaço Metodológico Quadripolar da Dissertação.



Fonte: Adaptado de Bruyne; Herman; Schouteete, 1977; Machado *et al.*, 2019.

O polo epistemológico caracteriza a visão de mundo que norteia a pesquisa durante todo o desenvolvimento do estudo; o polo morfológico apresenta as normas de estruturação; o técnico evidencia o controle da coleta e análise das informações, transformando-as em dados

pertinentes à problemática pesquisada; e o polo teórico contempla a elaboração de hipóteses e a construção de conceitos (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977; MACHADO *et al.*, 2019).

3.1.1 Polo epistemológico

A visão de mundo apoiada nesta pesquisa é a compreensivista. Diferente do positivismo, a sociologia compreensivista tem como proposta a subjetividade como eixo da vida social e defende-a como característica do coletivo, além de amparar a compreensão da realidade humana na vida em sociedade (MINAYO, 2011).

Para Weber (1965) a sociologia compreensiva reconhece o homem de forma isolada. Do ponto de vista da sociologia, o indivíduo configura o limite superior do seu modo de ver, pois ele é o único precursor de um comportamento significativo.

Trata-se de uma pesquisa-cuidado, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa de pesquisa teve origem no final do século XIX e, considera-se a partir dela, a singularidade da pessoa, pois, é a partir da sua subjetividade que ocorre a demonstração da plenitude de sua vida. Para Minayo (2011; 2012), a experiência e a vivência acontecem no âmbito coletivo e seu contexto se dá através da cultura do grupo social em que se insere. O objetivo da pesquisa qualitativa é a compreensão e o estudo do conhecimento sobre os fenômenos, fundamentado nas experiências, opiniões e significados, de maneira que exprima suas subjetividades (MINAYO, 2014).

3.1.2 Polo Morfológico

Como forma de sistematizar e operacionalizar os conceitos inerentes ao modelo teórico adotado, compreendeu-se como polo morfológico deste estudo a pesquisa-cuidado.

O método de pesquisa-cuidado surgiu em 2006, arquitetando-se uma abordagem de pesquisa ordenada com a natureza da enfermagem, a partir da compreensão de que a pesquisa e o cuidado são elementos complementares e essenciais à atuação do enfermeiro. Para Zagonel *et al.* (2016), a proposta de uma abordagem metodológica de pesquisa-cuidado torna possível a aproximação entre o ser pesquisado e o ser pesquisador, pois sua base seria a subjetividade humana com ênfase no cuidado, tornando-se possível a articulação da teoria, pesquisa e prática/cuidado.

A pesquisa-cuidado é uma organização de estudo, um curso metodológico que tem uma correlação em cada etapa, pois abrange a interação entre os participantes, o uso de instrumentos que sejam perceptíveis ao contexto cultural da pesquisa e o cuidado em buscar resultados que beneficiem a comunidade estudada (ZAGONEL *et al.*, 2016).

Este método dirige-se à individualidade de cada pessoa, pois considera que cada ser é único e que as experiências são vivenciadas de maneira distinta. Para Zagonel *et al.* (2016), ainda que duas pessoas perpassem pelo mesmo problema, certamente terão formas distintas de solução.

O início da pesquisa-cuidado é demarcado pela essência no cuidado do ser-pesquisado-cuidado, já a obtenção de informações fica por trás, como um plano de fundo; no entanto, com a finalização do cuidado, as informações obtidas ao longo do processo se configuram como primordiais, pois, a partir da execução do cuidado é possível obter dados tão profundos que não teriam surgido se o foco não fosse o ato de cuidar (ZAGONEL *et al.*, 2016).

Trabalhar com a pesquisa-cuidado está atrelado ao respeito a cada indivíduo pesquisado. Nesse contexto, busca-se o bem-estar ao longo do desenvolvimento do estudo, promove-se a escuta de acordo com a vontade do outro, que vai além da pesquisa pura, mas que a partir da escuta de seu desejo, se constrói uma relação de respeito, ajuda, compreensão e cuidado (ZAGONEL *et al.*, 2016).

O método ultrapassa a organização do processo de cuidar, aliando-se a outras metodologias de trabalho, dispendo o ser cuidado na essência das ações de pesquisar e cuidar. São cinco fases propostas pelo método de pesquisa-cuidado: 1. Aproximação com o objeto de estudo; 2. Encontro com o ser pesquisado-cuidado; 3. Estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; 4. Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; e 5. Análise do apreendido (ZAGONEL *et al.*, 2016).

A aproximação com o objeto de estudo é marcada pela escolha da metodologia qualitativa, além de imprescindível aprofundamento na literatura, pois é através dessa investigação nas evidências científicas que se define o objeto de estudo, bem como proporciona segurança ao pesquisar sobre seus objetivos, norteá-lo para seguimento do estudo, bem como ajudá-lo no encontro de possíveis lacunas do conhecimento na área ou no tema que está sendo estudado (ZAGONEL *et al.*, 2016).

A segunda fase é o encontro com o ser pesquisado-cuidado; nela é escolhido o local que será realizado o estudo, assim como os indivíduos participantes dele, a técnica de coleta de dados e as concepções dos princípios éticos. Após esse procedimento, o pesquisador-cuidador

inicia o contato de sensibilização, conhecimento para realizar o processo de pesquisa-cuidado com o sujeito (ZAGONEL *et al.*, 2016).

A terceira fase é definida pelo estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado, é a coleta de informações propriamente dita. É a efetivação da conexão entre a pesquisa (abordagem metodológica definida), o referencial teórico (teoria de enfermagem ou outro referencial que ampare a temática estudada) e a prática de cuidado através da consulta de enfermagem (meio concreto para possibilitar o cuidado conforme demandas durante o processo da pesquisa) (ZAGONEL *et al.*, 2016).

A penúltima fase é o afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado, é o momento alinhado ao longo da trajetória metodológica, para que o afastamento do ser pesquisado-cuidado e do ser pesquisador-cuidador esteja organizado, para então dar início a averiguação de todo o material apreendido (ZAGONEL *et al.*, 2016).

A quinta e última fase é a análise do apreendido, em que todo o conteúdo coletado ao longo do estudo será examinado a partir do referencial teórico escolhido. A partir das etapas percorridas durante a pesquisa-cuidado, é possível compreender e interpretar os significados das respostas obtidas. O objetivo deste método não é quantificar, mas dar significado à vivência de determinado fenômeno (ZAGONEL *et al.*, 2016).

3.1.2.1 Cenário

A TNH B de Wanda Horta foi aplicada com idosos atendidos na Unidade Docente Assistencial (UDA) Professor Gilberto de Macedo, localizada na Avenida Alice Carolina, 339-455 - Cidade Universitária, Maceió - AL, 57073-415. Atualmente o serviço conta com duas equipes de Estratégia Saúde da Família.

A escolha se deu por se tratar de uma unidade docente assistencial vinculada a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), onde se insere o Programa de Pós-graduação em Pesquisa da Escola da Enfermagem.

3.1.2.2 Participantes

Participaram do estudo 30 idosos, cadastrados na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) inserida na UDA.

A escolha dos participantes deste estudo se deu por conveniência, através do mapeamento das consultas da equipe da ESF a qual os idosos eram cadastrados.

Apesar da Unidade possuir duas equipes de ESF, optou-se por uma equipe, com o objetivo de favorecer a relação com a equipe durante a realização da coleta das informações, o que colaborou com as marcações das consultas, e promoveu a continuidade do cuidado após o encerramento da coleta.

3.1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas pessoas, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos cadastrados na Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA) – UFAL.

Foram excluídos os idosos que apresentaram algum tipo de dificuldade de comunicação que impossibilitava a realização da entrevista durante a consulta de enfermagem ou que expressou alguma impossibilidade momentânea, como: compromissos diários durante a realização da visita domiciliar.

3.1.3 Polo Técnico

A aplicação da TNHB de Wanda Horta ocorreu durante as consultas de enfermagem ocorridas conforme rotina e agendamento dentro da Unidade de Saúde, além de consultas realizadas durante as visitas domiciliares programadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Destas, dez consultas foram realizadas em um consultório da UDA e 20 consultas durante as visitas domiciliares, com duração média de 60 minutos cada consulta.

A Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), traz em seu parágrafo segundo do artigo primeiro a seguinte definição:

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem (COFEN, 2009).

Para produção das informações realizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado, durante o período de agosto a outubro de 2022, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O roteiro foi baseado através de um instrumento fundamentado na teoria de Wanda Horta (Anexo A), que foi elaborado e validado por um estudo desenvolvido pelo Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (SARAIVA, 2019).

A escolha deste instrumento ocorreu por se tratar de um estudo que teve como objetivo identificar na literatura os indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas em idosos com depressão, assim como construir um instrumento para a consulta de enfermagem com idosos, o que possibilitou o alcance do objetivo proposto nesta pesquisa. Para tanto, utilizou-se um gravador de voz, o que permitiu a transcrição na íntegra e posterior análise.

Por se tratar de uma única consulta com base nas necessidades humanas abordadas por Wanda Horta, não necessitou da utilização de informações prévias dos prontuários ou similares, visto que, o roteiro semiestruturado utilizado contemplou todas as informações requeridas para este estudo.

De acordo com Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como atributo a concepção de questionamentos básicos, que são firmados em teorias e hipóteses que se correlatam ao tema pesquisado. O foco principal é posto pelo pesquisador-entrevistador, e os questionamentos dão resultados a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos participantes.

Para a identificação e aproximação dos idosos participantes do estudo, a pesquisadora dirigiu-se à Secretaria Municipal de Saúde do município de Maceió, onde apresentou o projeto de pesquisa e solicitou a autorização para seu desenvolvimento. Em seguida, visitou a unidade de saúde, onde se reuniu com a enfermeira responsável e diretor da unidade, apresentou a projeto da pesquisa, quais eram os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, assim como o período de realização da mesma.

A pesquisadora comprometeu-se a assumir integralmente as consultas de enfermagem com idosos nos dias presentes na unidade, desde que atendessem aos critérios de inclusão do estudo e que aceitassem participar do mesmo. A partir disso, iniciou-se os atendimentos dentro da unidade e através das visitas domiciliares que fossem apontadas pela enfermeira e ACS.

Foram realizadas consultas com 30 idosos, em que cada idoso foi atendido uma única vez pela pesquisadora. O número de participantes do estudo se deu conforme o período de coleta estabelecido previamente com os gestores e a equipe da unidade, onde foi realizada escala de acordo com a programação dos serviços da unidade, assim como reserva dos consultórios para realização do estudo e programação com os ACS's para as visitas domiciliares. Por conseguinte, antes do período estabelecido, observou-se a saturação dos dados, no entanto, optou-se por concluir a agenda previamente programada, por respeito e compromisso com os idosos agendados.

A saturação denomina o momento em que a amplificação de dados e informações em um estudo não modifica a compreensão do fenômeno pesquisado. Desse modo, a saturação dos

dados é atingida quando os novos participantes do estudo realizarem a repetição dos conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem incorporar informações novas e pertinentes à pesquisa (THIRY-CHERQUES, 2009).

Fontanella (2008) considera que a amostragem por saturação é um dispositivo conceitual empregado constantemente nos relatórios de pesquisas qualitativas em diversas áreas no campo da saúde. É utilizada para organizar ou finalizar o tamanho final de uma amostra durante um estudo, cessando a apreensão de novos componentes.

Durante o período da consulta não houve desistência ou obstáculo para participação ou permanência no estudo. Na consulta iniciou-se o levantamento de dados de identificação e das necessidades de cada idoso (primeiro componente da TNHB de Wanda Horta). Após a análise das informações, identificou-se as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais elencadas por cada idoso, ou seja, iniciou-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem com base na CIPE®.

Ainda durante a consulta, explicou-se ao idoso o planejamento que poderia ser posto em prática, assim como as intervenções necessárias elencadas juntamente com cada participante, ou seja, iniciou-se o estabelecimento de um plano de ação a partir das necessidades identificadas. Este momento se constituiu como a fase de planejamento do PE, e início da aplicação do terceiro componente da TNHB de Wanda Horta.

Ao longo e após o encerramento da consulta foram realizadas avaliações processuais juntamente com a enfermeira da unidade, sendo levantados dados referentes às necessidades apresentadas por cada idoso, assim como possíveis reajustes para a implementação do plano de cuidados. Por ter se tratado de uma única consulta com cada idoso, a avaliação do plano de cuidados, que é um processo deliberado e contínuo, iniciou-se durante a consulta e sua continuação foi desenvolvida pela enfermeira e toda a equipe multiprofissional que atua na unidade.

Desse modo, salienta-se que todas as necessidades levantadas a partir da consulta que requereram acompanhamento especializado foram discutidas e encaminhadas para os profissionais responsáveis.

No decorrer da produção das informações foram seguidos todos os protocolos de segurança de acordo com o que preconiza a Portaria nº 2645 de 5 de novembro de 2020, que dispõe sobre os protocolos de retorno seguro às atividades presenciais a serem adotados no âmbito da Controladoria-Geral da União, em virtude do estado de emergência de saúde pública causado pela pandemia de COVID-19.

3.1.4 Polo Teórico

Este estudo apresenta como **referencial teórico** a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda Horta, que nasceu em 11 de agosto de 1926 em Belém-Pará. (GONÇALVES, 1988; FERREIRA; SALLES, 2019). Graduou-se em enfermagem pela Universidade de São Paulo em 1948. Ingressou no curso de Licenciatura em História Natural pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná em 1953, ano este em que se casou com Emilio Horta, e passou a ser chamada Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1975; SANTOS *et al.*, 2019).

Durante o período de 1948 a 1958 trabalhou em diversas instituições, com destaque para sua atuação como chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital Central Sorocabano de São Paulo (1954-1955) e como docente do Curso de Auxiliares de Enfermagem do Hospital Samaritano (1956-1958) (GONÇALVES, 1988; MOURA *et al.*, 2022).

Em 1959, Horta conduziu seus conhecimentos para desenvolver a Teoria das NHB, considerada o ponto alto do seu trabalho e a súpula de todas as suas pesquisas. Obra que é considerada como um divisor de épocas para a enfermagem brasileira (KLETEMBERG, 2006). Como desdobramento de todo esse processo, em 1979 lançou o livro “Processo de Enfermagem”, que continua em uso como referência teórica para o ensino em enfermagem, assim como para a assistência (KLETEMBERG, 2006; SOUZA *et al.*, 2021). A teórica faleceu em 15 de junho de 1981 aos 55 anos.

Teoria é o aparelho que forma um conceito. Não é um assunto individual, de imaginação ou sonho. Não é só filosofia ou classificação e nomenclatura. Ela representa um mundo ou uma realidade possível. É “um conjunto de leis particulares mais ou menos certas, ligadas por uma explicação comum”. Na procura por novos conhecimentos e no esclarecimento da ciência, ela é imprescindível para guiar a ação (HORTA, 2015).

Precedente ao desenvolvimento de suas teorias, a enfermagem era embasada por princípios morais, crenças, valores, normas e convicções que fundamentavam o cuidar humano. A partir do advento das teorias, a enfermagem conseguiu se dissociar do modelo biomédico, ao qual era subordinada, o que desencadeou uma forma estruturada e organizada do conhecimento da enfermagem como uma ciência do cuidar. Permitiu assim, um meio sistemático para o planejamento de uma boa prática clínica (MCEWEN; WILLS, 2016). Houve um avanço de ocupação para profissão, através do crescimento do conhecimento científico e próprio, criado por teóricos, o que possibilitou a prestação de uma assistência legítima e estruturada (CHANES, 2020).

No Brasil, a primeira teoria de enfermagem foi desenvolvida em 1970 por Wanda de Aguiar Horta, conhecida como a Teoria das NHB (LEOPARDI, 1999). Alguns pesquisadores utilizam a expressão “Modelo Conceitual de Horta”, pois existem algumas discussões sobre se de fato os estudos realizados por Wanda Horta são considerados ou não uma teoria de enfermagem.

Para MCewen (2016) os modelos conceituais são ideias ou conceitos que se relacionam entre si e retratam de forma simbólica um fenômeno, explicando as associações entre os conceitos que os compõem. Operacionalizados por meio do PE, a origem dos modelos conceituais vem das teorias ou da prática profissional (NÓBREGA, 2001).

Além de ser um conjunto de conceitos que também se interrelacionam, as teorias de enfermagem carregam indicações, proposições e definições com base em uma filosofia, e dados científicos onde se pode testar e deduzir hipóteses (MCEWEN; WILLS, 2016). Tem como objetivo apresentar fenômenos, explicar suas relações, indicar consequências e prescrever cuidados (RAMALHO *et al.*, 2016).

Como base para seu modelo conceitual, Wanda Horta utilizou a teoria da motivação de Maslow e, a partir da denominação de João Mohana, classificou as necessidades humanas básicas (MEDEIROS, 2016). A teoria de Maslow compõe-se por três princípios: a lei do equilíbrio (homeostase) – todo o universo se mantém por meio do equilíbrio dinâmico entre as pessoas; a lei da adaptação – os indivíduos buscam, a partir da relação com o seu meio externo, se manter em estado de equilíbrio; e a lei do holismo – onde o todo não é somente a soma das partes, mas o conjunto dela (HORTA, 2015).

A partir dessas leis, Horta reconhece o ser humano (indivíduo, família e comunidade) como parte integrante do universo. Com isso, ocorrem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Para Horta (2011), os seres humanos têm necessidades básicas e procuram atendê-las nesse processo interativo (HORTA, 2011).

A Enfermagem presta serviço ao indivíduo, à família e à comunidade e visa reconhecer o ser humano com suas Necessidades Humanas Básicas (NHB). Além de ser membro integrante da equipe de saúde, atua para a manutenção dos estados de equilíbrio e realiza a prevenção dos desequilíbrios e, quando já instaurados, reverte desequilíbrio em equilíbrio (HORTA, 2011).

No que concerne ao seu modelo, para realizar sua categorização, Horta utilizou a denominação de João Mohana, com ênfase na área da psicologia, classificando-as em: Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais. Estas necessidades têm como base o conceito de hierarquia, do psicólogo Abraham Harold Maslow, que considera que algumas necessidades devem ser tidas como prioritárias e que cada

sujeito manifesta suas necessidades humanas básicas de acordo com o sexo, idade, escolaridade, ambiente, crença, entre outros fatores individuais (HORTA, 2011).

As necessidades psicobiológicas são forças, instintos ou energias que ocorrem de maneira inconsciente, ou seja, não partem de algo planejado, e suas manifestações decorrem através da necessidade de banho, repouso, nutrição e assim por diante. Através dos instintos do nível psicossocial, surgem as necessidades de se comunicar, viver em grupo e realizar interações sociais. Já as necessidades psicoespirituais se referem a busca do indivíduo para compreender sua vivência de forma inexplicável para a ciência (HORTA, 2011). O quadro a seguir, apresenta a classificação das necessidades humanas básicas, segundo Horta.

Quadro 1– Classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo o modelo conceitual de Wanda Horta.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneomucosa, integridade física, regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Fonte: HORTA, 2011.

Ademais, Horta (2011) classifica a Enfermagem em três seres: Ser-Paciente, Ser-Enfermeiro e o Ser-Enfermagem. O Ser-Enfermeiro é o indivíduo, com suas capacidades e limitações, no entanto, a enfermagem só é exercida se houver o Ser-Paciente, que pode ser o paciente, a família ou a comunidade que apresentem necessidades de cuidados. Já o Ser-Enfermagem não é um ser concreto, mas sua manifestação ocorre através da relação do Ser-Enfermeiro com o Ser-Paciente.

Outro conceito trazido por Wanda Horta de maneira inter-relacionada é do ser, do objeto e do ente. Onde o “ser” equivale ao homem, família ou comunidade. O “objeto” está relacionado

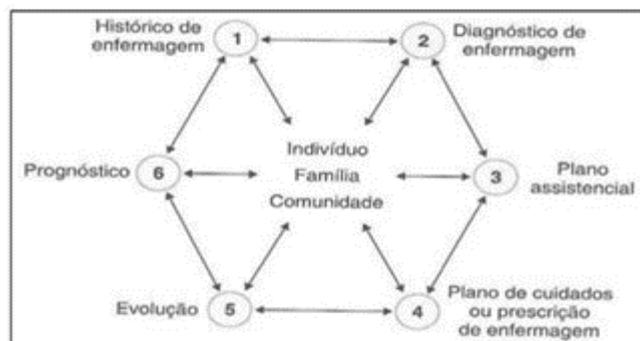
ao processo de cuidado, que é estabelecido na assistência de enfermagem; e o “ente” é retratado pelas necessidades humanas básicas (HORTA, 2011).

Para a autora, o homem é parte integrante do universo e suas interações são realizadas por meio dele, através disso, o indivíduo é conduzido aos estados de equilíbrio e desequilíbrio. O estado de desequilíbrio provoca necessidades que são caracterizadas por estados de tensões de forma consciente ou inconsciente, onde há uma busca pela satisfação através do equilíbrio e sua ação com o ambiente. A falta de atuação nessas necessidades provoca desconforto e morbidade. Logo, ter saúde é estar em equilíbrio com o ambiente, tendo a enfermagem um papel fundamental na manutenção desse equilíbrio (HORTA, 2011).

Outros conceitos foram descritos por Horta. Para ela, assistir em enfermagem é “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais” (HORTA, 2011, p. 31). Já as necessidades humanas básicas foram conceituadas como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 2011, p. 38). Já os problemas de enfermagem são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade e exigem, por sua vez, assistência de enfermagem” (HORTA, 2011, p. 38).

Diante disso, para que haja eficiência na atuação da enfermagem, é relevante a utilização de um método científico, o PE. Este processo refere-se ao conjunto de ações que são interligadas e sistematizadas com o intuito de prestar uma assistência ao indivíduo (HORTA, 1979). Para Horta, 1979, o PE é composto por seis etapas: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, a evolução e o prognóstico.

Figura 3 – Etapas do Processo de enfermagem segundo Horta.



Fonte: HORTA, 2011.

A primeira etapa do processo refere-se ao histórico de enfermagem, que usa como instrumento dados de identificação, a comunicação e o exame físico para detectar problemas de saúde, ou seja, necessidades apresentadas pelos pacientes, família ou comunidade (HORTA, 2011). A partir dos dados coletados no histórico de enfermagem, é realizado o diagnóstico de enfermagem, onde ocorre a identificação dos problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente, família e comunidade que demanda assistência da enfermagem (HORTA, 2011).

A terceira etapa do processo corresponde ao plano assistencial, a qual exige raciocínio clínico, pois é a etapa onde os diagnósticos levantados serão analisados, assim como seu nível de importância e dependência (HORTA, 2011). O plano de cuidados ou prescrição de enfermagem é a quarta etapa do processo e corresponde ao direcionamento e orientação das ações e intervenções da equipe de enfermagem nos cuidados ao atendimento das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 2011).

A quinta etapa do processo refere-se à evolução de enfermagem, onde ocorre relato diário das mudanças que acontecem com o sujeito. Nesta etapa, poderá ser realizada uma avaliação dos cuidados implementados através das prescrições de enfermagem, seu registro deve ser realizado de forma clara e sucinta (HORTA, 2011).

A sexta e última etapa do processo é o prognóstico de enfermagem, que é constituído pela capacidade do paciente conseguir realizar suas necessidades de acordo com o cuidado que foi implementado. Esses dados são obtidos através da evolução de enfermagem. Nesta etapa também poderá ser realizada uma avaliação de todo o processo anteriormente implementado (HORTA, 2011).

A partir do surgimento do modelo conceitual na década de 1970, houve a realização de vários estudos com o objetivo de implementar o PE, assim como realizar modificações ao modelo de Horta. Em 2009, através da Resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE, determina-se que o processo/consulta de enfermagem deve ser utilizado em cinco fases: histórico de enfermagem; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem.

Além das mudanças nas etapas do PE, os estudos desenvolvidos apresentaram modificações nas necessidades humanas básicas. De acordo com Garcia e Cubas (2012), com fundamento na organização proposta por Benedet e Bub e organização das necessidades sociais de Matsumoto, ocorreu diminuição do número de necessidades e mudanças nos títulos e em suas definições, de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 2 - Classificação e definição das Necessidades Humanas Básicas e Sociais de Horta.

NECESSIDADES	CONCEITO
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação, de difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e a remoção de dióxido de carbono, e de regulação da respiração, objetivando produzir energia e manter a vida.
Hidratação	É a necessidade de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Nutrição	É a necessidade de obter os elementos necessários para o consumo e utilização biológica de energia em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida.
Eliminação	É a necessidade de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis, com o objetivo de manter a homeostase corporal.
Sono e Repouso	É a necessidade de manter por certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência, o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.
Exercício e Atividade Física	É a necessidade de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de exercitar-se, trabalhar, sentir-se bem, etc.
Sexualidade e Reprodução	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança física e do meio ambiente	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de proteger-se e de manter um ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.

NECESSIDADES	CONCEITO
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Cuidado Corporal e Ambiental	É a necessidade para deliberar, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade; e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde.
Integridade Física	É a necessidade de manter as características orgânicas e elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, objetivando proteger o corpo.
Regulação: Crescimento celular e desenvolvimento funcional	É a necessidade de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, objetivando crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação Vascular	É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Regulação Térmica	É a necessidade de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central entre 35,5°C e 37,5°C.
Regulação Neurológica	É a necessidade de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, objetivando controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação Hormonal	É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/ funções específicas do corpo.
Sensopercepção	É a necessidade de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.

Terapêutica e de Prevenção	É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde doença, o que inclui buscar atenção profissional com objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos a saúde, readaptar ou habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
NECESSIDADES	CONCEITO
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal, com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e Lazer	É a necessidade de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso e entretenimento, distração e diversão.
Segurança e Emocional	É a necessidade de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções, e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções nas pessoas em geral, objetivando ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhece merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre sua própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como vital da própria existência.
Liberdade e Participação	É o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.

NECESSIDADES	CONCEITO
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Educação para a Saúde e Aprendizagem	É a necessidade de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com o objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização	É a necessidade de desenvolver suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcançar metas que estabeleceu para sua vida.
Espaço	É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retraindo-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
Criatividade	É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas, novas formas de agir, objetivando satisfação pessoal e sentir-se produtivo e capaz.
Garantia de Acesso a Tecnologia	É a necessidade do indivíduo, da família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram a qualidade de vida.
NECESSIDADES	CONCEITO
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religiosidade e Espiritualidade	É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir-se bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentimento da importância da vida.

Fonte: Garcia; Cubas (2012).

Diante disso, no que diz respeito à denominação das fases do PE e das necessidades humanas básicas, este estudo integrou as referidas modificações ao longo dos anos, uma vez que reconhece a importância de o referencial teórico acompanhar o avanço dos conceitos e da profissão enfermagem, com a finalidade de um cuidado de enfermagem qualificado e com embasamento científico.

3.2 Análise das informações

As entrevistas foram gravadas utilizando-se um aparelho de gravação de áudio, e posteriormente transcritas na íntegra e analisadas. Esclareceu-se aos participantes sobre a utilização do gravador, assim como houve solicitação de aprovação prévia.

As transcrições ocorreram de forma fiel à narrativa, a identidade dos participantes foi preservada através da substituição do nome do idoso por um código relacionado à ordem de realização das entrevistas.

Foi realizada leitura exaustiva e aprofundada de todo o conteúdo obtido durante as consultas de enfermagem, com a identificação das informações por necessidades, de acordo com a TNHB de Wanda Horta, categorizando-as.

Após a defesa deste estudo os registros de áudio serão apagados, as transcrições arquivadas por um período de 5 anos no computador do Grupo de Estudos Dona Isabel Macintyre que fica nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, na sala 216, e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos da área de saúde, bem como em periódicos da enfermagem.

4. PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e gratuita. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice A), de maneira individualizada, buscando-se eliminar quaisquer dúvidas no entendimento das informações. Além disso, durante todo o período do estudo foi informado aos participantes que poderiam solicitar qualquer informação que julgasse necessária.

Procurou-se respeitar a privacidade e comodidade dos idosos, realizando-se as consultas no cenário e horário previstos. Não houve necessidade de ressarcimento, pois os dados foram coletados nos dias em que os idosos estariam na UDA para a realização das consultas com a enfermeira ou nos dias de visita domiciliar com os ACS 's, logo, não houve custos por parte dos mesmos ao participarem da pesquisa.

O projeto dessa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, através da Plataforma Brasil, sob o CAAE 57523522.2.0000.5013 (Anexo B), e respeitou os princípios éticos propostos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido garantido aos participantes o cumprimento dos preceitos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

4.1 Análise dos riscos e benefícios

A pesquisadora se propôs a não causar danos ou males intencionais ao ser pesquisado, no entanto, ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Com isso, existiu o risco de possível constrangimento e desconforto durante a consulta, seja por sentir vergonha ao responder alguma pergunta ou pelo período prolongado da consulta. O idoso poderia sentir-se, ainda, sensibilizado, ansioso ou estressado frente aos assuntos abordados.

Houve, por parte da pesquisadora, o compromisso em minimizar os riscos existentes por meio das informações realizadas antes da consulta, o que ocorreu de maneira individual e restrita, sem qualquer crítica por parte da pesquisadora. Além disso, o dia e horário para a consulta foram previamente agendados de acordo com os atendimentos da Unidade de Saúde. Além do esclarecimento que se acaso surgisse algum transtorno ou desconforto relatado pelo idoso participante, ou solicitação de interrupção da consulta, que poderia ocorrer a qualquer momento, a mesma seria encerrada imediatamente, sem nenhum prejuízo para o idoso.

Os benefícios obtidos pelos idosos com a participação neste estudo se deu a partir da consulta de forma integral e na identificação de seus diagnósticos e necessidades, assim como na intervenção através do plano de cuidados diante da execução do PE. Além disso, essa proposta de aplicabilidade da TNHb de Wanda Horta poderá apontar um novo modelo de assistência ao idoso na atenção primária, voltado para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida da população idosa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados e discussão dos dados obtidos com a aplicação da Teoria das NHB de Wanda Horta, a partir da implementação do PE durante a consulta de enfermagem.

As consultas de enfermagem foram realizadas com 30 idosos e ocorreram dentro da Unidade de Saúde e nos domicílios dos participantes por meio da visita domiciliar, sendo: 20 consultas realizadas nos domicílios e 10 consultas realizadas na UBS. A duração média de cada consulta foi de 60 minutos.

Para análise e organização das informações, foi realizada leitura exaustiva e detalhada do conteúdo, apropriação, codificação e categorização. Desse modo, após a exploração e compreensão das informações produzidas, as categorias serão apresentadas conforme as necessidades humanas básicas propostas por Wanda Horta através de sua Teoria: Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais.

5.1 Caracterização dos Participantes

Tomando como princípio de que a consulta de enfermagem deve considerar a individualidade e singularidade de cada idoso, torna-se indispensável, para melhor compreensão da conjuntura em que se deu o cuidado de enfermagem, iniciar a apresentação dos resultados desta dissertação com uma breve apresentação dos idosos participantes (Quadro 3). Como forma de resguardar a identidade de cada participante, foi determinado um código representado pela letra P, que faz alusão à palavra “participante”, seguida pelo número da ordem alfabética de cada consulta.

Dos 30 participantes do estudo, 73,3% (22) eram do sexo feminino e 26,7% (8) do sexo masculino. Assim como os estudos realizados por Souza *et al.* (2022) e Molina *et al.* (2020) houve a prevalência do sexo feminino. A feminilização da velhice é uma tendência no mundo, e relaciona-se ao maior índice de mortalidade entre o sexo masculino bem como maior desempenho de autocuidado entre as mulheres (BRASIL, 2015).

Em relação à faixa etária, 11 participantes tinham idade entre 60 e 69 anos; 13 entre 70 e 79 anos; 5 entre 80 e 89 anos e 1 era maior que 90 anos de idade. Isso caracteriza uma média de idade de 72 anos entre os idosos entrevistados. Em um estudo realizado por Souza *et al.* (2022) a idade dos participantes foi de 60 a 91 anos, com média de 70 anos, assemelhando-se aos resultados deste estudo. O avanço das tecnologias em saúde, em

associação com as políticas públicas, colabora substancialmente para a maior longevidade. Ainda que evidenciados idosos mais jovens, verifica-se crescente aumento entre os idosos mais velhos. Tal característica demanda dos profissionais de saúde mais preparo com o objetivo de promover saúde e buscar melhorias na qualidade de vida dessa população (MOLINA *et al.*, 2020).

A respeito da escolaridade, 18 referiram ser analfabetos e 12 estudaram durante pelo menos um ano. Para Jesus *et al.* (2018) a baixa escolaridade entre os idosos brasileiros se dá, entre outros motivos, por serem de uma época em que não se priorizava o estudo e sim o trabalho. Há diversas estratégias para mudanças desse cenário, como as universidades abertas à terceira idade, que favorecem as relações sociais da pessoa idosa, assim como promove aumento de acesso às informações.

No que se refere à religião 13 eram católicos; 1 espírita; 15 protestantes e 1 apontou não ter religião. Foram encontradas divergências com estes resultados, onde Souza *et al.* (2020) e Ceccon *et al.* (2021) tiveram a predominância da religião católica em seus estudos, representando uma porcentagem de (71%) entre seus participantes.

Referente ao estado civil, 18 eram casados; 4 divorciados/separados; 7 viúvos e 1 solteira. Achados semelhantes às pesquisas de Keomma *et al.* (2018) e Lindemann *et al.* (2019), as quais também revelaram predominância de idosos casados ou vivendo com companheiro(a).

No que diz respeito à quantidade de filhos, 19 tiveram entre 1 e 5 filhos; 5 entre 6 e 10 filhos; 4 entre 11 e 15 filhos; 1 entre 16 e 20 filhos e 1 mais de 20 filhos. Assim como neste estudo, houve predomínio dos idosos que possuíam filhos em Alves *et al.* (2022), Carvalho *et al.* (2022) e em Ceccon *et al.* (2021).

Quanto ao número de residentes no domicílio dos participantes, 7 referiram morar sozinhos; 9 com o cônjuge; 4 só com filhos(as); 7 com cônjuge e outras pessoas e 3 com filhos e outras pessoas. Assemelhando-se a este resultado, em Morais *et al.* (2023), 67% dos idosos relataram morar com um familiar. Já em Carvalho *et al.* (2022), 30,9% referiram morar sozinhos.

Quadro 3- Caracterização dos idosos participantes da pesquisa. Maceió, Alagoas, 2023.

IDOSO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	FILHOS	RESIDENTES NO DOMICÍLIO
P1	F	66	4ª SÉRIE	PROTESTANTE	VIÚVO (A)	5	FILHOS (AS) E NETO
P2	F	83	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	VIÚVO (A)	12	FILHOS (AS)
P3	F	71	4ª SÉRIE	PROTESTANTE	CASADO (A)	4	CÔNJUGE, FILHOS (AS) E OUTROS
P4	F	67	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	VIÚVO (A)	3	FILHOS (AS)
P5	F	78	4ª SÉRIE	PROTESTANTE	CASADO (A)	4	CÔNJUGE
P6	F	83	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	SEPARADO (A)	4	SOZINHA
P7	F	74	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	CASADO (A)	6	CÔNJUGE E OUTROS
P8	F	68	8ª SÉRIE	CATÓLICA	VIÚVO (A)	6	SOZINHA
P9	M	77	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	CASADO (A)	6	CÔNJUGE
P10	M	76	4ª SÉRIE	CATÓLICA	CASADO (A)	4	CÔNJUGE FILHOS (AS) E OUTROS
P11	M	72	4ª SÉRIE	ESPÍRITA	SEPARADO (A)	2	SOZINHO
P12	M	73	8ª SÉRIE	PROTESTANTE	CASADO (A)	2	CÔNJUGE E FILHOS (AS)
P13	F	66	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	CASADO (A)	3	CÔNJUGE, FILHOS (AS) E OUTROS
P14	F	75	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	3	CÔNJUGE E OUTROS
P15	M	61	4ª SÉRIE	CATÓLICA	CASADO (A)	2	CÔNJUGE
P16	F	61	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	2	CÔNJUGE
P17	F	79	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	VIÚVO (A)	18	SOZINHA
P18	M	92	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	11	CÔNJUGE
P19	F	60	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	1	CÔNJUGE
P20	F	75	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	SEPARADO (A)	8	FILHOS (AS)
P21	F	60	5ª SÉRIE	PROTESTANTE	CASADO (A)	3	CÔNJUGE
P22	F	76	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	SEPARADO (A)	2	SOZINHA
P23	F	62	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	SOLTEIRA	1	SOZINHA
P24	F	65	4ª SÉRIE	PROTESTANTE	VIÚVA	3	SOZINHA
P25	F	72	ANALFABETO (A)	NÃO TEM	CASADO (A)	5	FILHOS (AS) E OUTROS
P26	M	88	1ª SÉRIE	PROTESTANTE	CASADO (A)	22	CÔNJUGE
P27	F	71	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	8	CÔNJUGE E FILHOS (AS)
P28	F	66	5ª SÉRIE	CATÓLICA	CASADO (A)	2	FILHOS (AS)
P29	F	87	ANALFABETO (A)	CATÓLICA	VIÚVO (A)	11	FILHOS (AS) E OUTROS
P30	M	82	ANALFABETO (A)	PROTESTANTE	CASADO (A)	12	CÔNJUGE

Fonte: Dados da pesquisa. Maceió, Alagoas, 2023.

5.2 Necessidades Psicobiológicas.

As necessidades psicobiológicas são determinadas por forças, instintos ou energias inconscientes que têm sua aparição sem a elaboração de um planejamento. São expressas, do nível psicobiológico do indivíduo, através da necessidade de se hidratar, banhar, repousar, e assim por diante (HORTA, 2011).

As necessidades psicobiológicas reveladas nesta categoria através da aplicação da TNHB na consulta de enfermagem foram: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; percepção (olfativa, visual e auditiva); locomoção/segurança física e regulação neurológica/orientação no tempo e espaço.

Com relação às necessidades de oxigenação alguns idosos referiram episódios de cansaço físico exacerbado e informações sobre diminuição da oxigenação com o avanço da idade, conforme trechos a seguir:

“Só quando eu ando [sente alguma dificuldade para respirar] ... Assim, aquela fraqueza, sabe!? Sinto como se quisesse diminuir um pouco, assim, aí tem vez que eu me sento.” (P1)

“Eu estou com esse problema [cansaço], às vezes até vou aqui no posto, aí quando chego lá tenho que dá uma paradinha...[...]. Vem aquele peso sabe, como que vem um bocado de agulha assim espinhando, que eu sinto até nas minhas queixadas, como se diz a história, aquilo espetando sabe!?” (P16)

“Agora eu acho que é devido a minha idade, ou meus problemas, o que eu sinto é o fôlego curto, o fôlego curto, mas eu acho que é a idade, né!? muito problema...” (P30)

Alguns estudos apontam que a ocorrência das doenças pulmonares atinge em maior frequência a população idosa (MACRI, 2013; FAVERO *et al.*, 2017; SOUSA, 2020). De acordo com o DATASUS (2017) a doença pulmonar é definida como uma obstrução da via aérea e crescimento da resistência expiratória com resposta inflamatória nos pulmões, acomete de 5% a 15% da comunidade adulta e está relacionada ao tabagismo em 90% dos casos. Opondo-se a esses dados, uma pesquisa realizada por Oliveira (2022) revelou que 92,8% dos participantes não referiram doenças relacionadas ao pulmão. Pode-se justificar por grande parte dos participantes considerarem ter uma boa percepção de saúde, não fumar e tomar os medicamentos regularmente.

Não obstante, existem algumas condições clínicas que compõem um grupo de doenças pulmonares, e caracterizam uma parcela de morbidade e mortalidade na população, como: bronquite crônica, enfisema pulmonar, asma, bronquiectasias, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia, fibrose cística, tuberculose e câncer de pulmão (MACRI, 2013).

No que se refere à hidratação, predominaram os idosos que sentem dificuldade para tomar água ao longo do dia ou que referiram hidratação com frequência inferior à preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.182), que traz dentro dos 10 passos para uma alimentação saudável para as pessoas idosas a seguinte informação: “9º passo: Beba pelo menos 2 Litros (6 a 8 copos) de água por dia”, como observado nas seguintes falas:

“Não gosto, eu não gosto muito de água. Eu não sei, não sei porque... acho que minha mãe me dava papa e não me dava água. Não gosto. Olhe doutora, eu só me lembro de tomar água quando eu tomo remédio, o resto do dia minha amada, eu me esqueço. E eu compro até essas garrafinhas coloridas, viu!? Tenho rosa, verde, mesmo assim não me chama a atenção. Aí às vezes eu vou dormir e sinto aquilo ressecado, meus lábios secos, vou e me levanto pra beber um pouco e outras vezes nem levanto”. (P4)

“Olhe, isso é uma dificuldade que eu tenho, nunca tomei água. Tenho uma dificuldade terrível, desde a roça, do mato, de todo lugar. Às vezes eu até esqueço, passo o dia inteirinho... passava né, agora eu estou tomando mais água. Mas antes era bem difícil tomar água.” (P12)

“Eu tomo água, mas como era para tomar eu não tomo, não vou mentir. Eu tomo água assim, eu almoço, tomo água, às vezes eu como uma banana, tomo água, mas não é... não tomo suficiente como eu sei que é para tomar. Eu só tomo água porque eu fui ao médico e ele disse que eu estava com umas pedras no rim e eu tinha que tomar bastante água, aí eu comecei tomando água, mas no verão eu ainda tomo mais, mas agora no inverno tem dia que eu até esqueço. Aí de noite eu: “eita que hoje eu não tomei água”. Aí eu vou tomar água.” (P19)

“É assim, eu não sinto muita sede. Aí por exemplo, eu boto uma garrafa de água e tomo um pouco, sabe? Eu não sinto muita sede, é difícil, difícil eu sentir sede. Por causa da urina que eu tenho medo de não urinar, entendeu. Agora quando eu tomo assim, quando eu estou sem sede, eu digo “mas hoje eu não tomei água ainda”, aí eu encho o copo e bebo. (P22)

Diante desses resultados, Horta (1974) enfatiza que as necessidades não levadas em conta ou atendidas de forma indevida geram desconforto, e se este se prolonga pode causar um agravo à saúde.

A respeito da nutrição, foi perguntado aos idosos, em detalhes, tanto quanto possível, todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo do dia anterior à consulta, e posteriormente solicitado informações sobre o estado da alimentação em geral. O déficit alimentar se sobressai em comparação aos idosos que referiram boa alimentação. Horta (1974) declara que o homem apresenta necessidades básicas relacionadas ao padrão alimentar, que precisam ser atendidas para seu completo bem estar.

Nesse íterim, a enfermagem deve assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no acompanhamento de suas NHB, além de promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1974). Assim, é importante que o profissional de saúde esteja atento para alguns aspectos relacionados à alimentação da pessoa idosa, como: ausência

de autonomia para realizar as compras – inclusive financeira – e preparar alimentos; perda de apetite; dificuldade de mastigação devido a alguma lesão na cavidade oral (BRASIL, 2006), dentre outros fatores como é possível observar nas seguintes falas:

“Estou com um fastio tão triste que olha, eu não sei não. Estou sem vontade de comer. É, estou mulher, estou comendo nada não. Estou com um fastio que quando a comida está no fogo já está me abusando.” (P2)

“Ai, eu sou péssima! Eu sou péssima para comer. Pronto, eu me acordo, vou fazer café para meu filho, não me dá vontade de comer. Quando eu venho comer um pão é lá pra 9h/10h que eu me sento na escada, pego uma banana e como pão com banana. Aí com isso vou até não sei que horas... quando me dá vontade de almoçar, às vezes não me dá vontade de comer aquilo e invento alguma coisa para eu comer, mas é aquele pouquinho. Às vezes faço uma sopa, cozinho inhame para tomar café, mas quando é na hora, eu olho e penso: "quero não".” (P3)

“A comida... tem dia que eu como melhor, tem dia que já vou comer de tardezinha. É... tem dia que eu estou com fome, estou com aquele oco no estômago, mas o fastio não me deixa comer. Tem uma coisa comigo, de uns tempos pra cá, se eu comer tarde da noite, no tempo que eu tinha saúde eu comia qualquer coisa e não dava nada, agora eu como cedo, porque se eu comer tarde não se desgasta.” (P18)

“Eu não me alimento bem não, eu tenho dificuldade! Se eu chegar em casa e tomar café, à noite eu como um pão ou um pedaço de batata e só, quer dizer, meu organismo não gasta não, fica cheio. Olhe minha filha, a pobreza sofre, sofre. O salário é pouco, a despesa é muito grande e sendo controlado com medicamento e muitas vezes, a senhora sabe que a pobreza sofre mesmo, sofre mesmo! Tem dia que não tem uma mistura certa para se alimentar, é feijão cozinhado com água e sal e eu vou dizer uma coisa, nós estamos vivendo porque Deus é pai, mas o salário que os homens pagam para nós não dá para viver não.” (P30)

“Tenho um problema, há muitos anos que eu tenho [de deglutição]. Eu estou comendo e tem que ter uma vasilha de água, porque eu tenho que tomar um gole de água para a comida descer, fica entupido, aí quando eu bebo água é uma dor tão grande. Quando eu como tudo, até a saliva me engasga. Às vezes eu estou meio distraída com a saliva e dá uma crise de tosse. Faz um bocado de tempo já. [...] Se eu comer macarrão, às vezes eu estou com fome assim, e digo “vou comer macarrão”, para dormir, fico na cama embolando, embolando, embolando...” (P22)

No que se refere à eliminação, houve predominância do não controle urinário. A Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) aponta a incontinência urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2003). A IU é tida como uma das principais síndromes que acometem a população idosa (BRASIL, 2006; ABRAMS *et al.*, 2003).

A IU manifesta-se por repercussões negativas no âmbito físico e psicossocial (KESSLER *et al.*, 2018), pois provoca mudanças no dia a dia, distanciamento e isolamento social devido ao constrangimento e diminuição da autoestima (HONÓRIO, 2009; TAMANINI *et al.*, 2011). Alguns estudos nacionais e internacionais revelam maior ocorrência de depressão (KESSLER *et al.*, 2018; LIM *et al.*, 2018; STICKLEY, 2017) e autopercepção negativa de

saúde em pessoas com IU quando comparados àqueles sem incontinência (KESSLER *et al.*, 2018; CARDOSO *et al.*, 2014), em conformidade com as seguintes falas:

“Quando eu tomo esse remédio [furosemida], eu sonhando, urinei até na cama, corri logo pro banheiro...isso se chama tribulação, tá amarrado, tá repreendido, sonhei urinando na cama.” (P11)

“Olhe, de uns tempos para cá tá difícil para fazer xixi, quando eu acho que a diabetes sobe, aí eu tenho que correr, senão eu faço, aí eu não controlo. E cocô também está começando a ficar desse jeito, eu acho que é algum remédio, sei lá. Não sei o que é. Inclusive isso era para eu falar com a doutora e não falei né. [...]Eu estou bonzinho assim, daqui a pouco vem aquela vontade de uma vez, aí “vooom”. Se eu não correr, ficar muito tempo segurando, eu não seguro mais, aí sai.” (P12)

“Antes eu não tinha controle não, não tinha controle de jeito nenhum, estou tomando esse aqui [medicamento] que é para a incontinência urinária. Esses dias até que não, depois do tratamento que estou fazendo, mas antes era de instante, instante indo no banheiro.” (P16)

“Eu tenho um problema no xixi, arde, arde já faz tempo, aí venho tomando uns remédios. Tem dia que eu faço cocô cedo, tem dia que faço tarde. Bem assim é o xixi. O xixi tem dia que eu vou fazer xixi de manhã e não faço, mas quando é mais tarde... aí vai afrouxando, aí eu faço xixi de instante e vai continuando, está entendendo!?! Dói. Arde. Tem dia que não arde não, mas tem dia que eu digo: “que coisa!”. (P18)

“Olhe meu amor, se eu for para lavanderia e lavar as mãos, já vai derramando [a urina], se eu for lavar um prato, já tenho que ir arrastando as cadeiras, porque não segura, não segura.” (P30)

Horta (1974) afirma que a enfermagem assiste o homem no atendimento de suas necessidades essenciais, valendo-se para isto da compreensão das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. Diante disso, Kessler *et al.* (2022) informa sobre a importância do cuidado ampliado ao idoso, com o intuito da detecção precoce, para o tratamento e reabilitação como medida de proteção para desfechos como a autopercepção negativa da saúde e sintomas depressivos desencadeados pela IU na pessoa idosa.

Outro achado associado à eliminação foi o número excessivo de micções durante o período noturno, conforme relatos abaixo:

“Tem vez que me levanto duas, três vezes... [à noite para fazer xixi] porque eu tive um problema assim, né... psiquiátrico e tive que ir pegar remédio controlado. Aí eu tenho dificuldade de dormir.” (P1)

“Não durmo bem à noite, não durmo bem, faz muitos anos que eu não durmo muito bem. Ai como eu não durmo bem, quem não dorme bem se levanta muito para fazer xixi.” (P7)

“À noite eu faço xixi três, quatro vezes. Porque tomo muita água né. Atrapalha [o sono], a pessoa que faz muito xixi de noite atrapalha o sono né, porque quem tem problema que não dorme ou toma remédio controlado, aí quando a gente se levanta, o sono já acaba.” (P27)

“O xixi, sempre tive problema com o xixi. Tem vez que eu faço 3,4 vezes por noite, tem época que eu faço 10,12 vezes, quando eu estou com crise e sempre tem momento que é quente a urina, é quente.” (P30)

Fatores associados aos distúrbios do sono são diversificados na literatura do Brasil. Assim como nesta pesquisa, em um estudo realizado por Moreno *et al.* (2019), esses distúrbios são mais frequentes em mulheres idosas com doenças articulares, noctúria e IU.

Em adição à eliminação excessiva no período noturno, foram identificados outros fatores que afetam o sono, o que corrobora para a utilização de auxiliares do sono farmacológicos e não farmacológicos, de acordo com os seguintes relatos:

“Olhe, eu não tinha problema de dormir, eu faço crochê até umas horas da noite, tu acredita!? Aí eu não precisava tomar nada para dormir, mas de um tempo para cá eu preciso tomar alguma coisa. Como eu não tomo comprimido para não ficar viciada, né!? Aí eu tomo um chá de camomila, amanhã já tomo chá de erva cidreira. Saio revezando assim, que é para eu dormir melhor. Hoje mesmo eu vou tomar, porque hoje eu estou nervosa. Até gelada eu fico.” (P3)

“Agora eu estou com problema assim de dormir, o médico passou para mim, sempre eu tenho aqui o Diazepam. Aí às vezes eu tomo, mas não quero tomar direto não porque eu já fui viciada há muitos anos em remédio, aí não quero tomar para viciar. Aí tomo um e no outro dia não tomo. Eu pejo para dormir 9h, mas não tem jeito, 7h eu já fico morrendo de sono, cochilando na televisão, porque quanto mais eu durmo cedo, mais eu acordo cedo. Aí fico acordada, ele dormindo [esposo] e eu acordada, aí é ruim que só.” (P5)

“Oh filha, eu não vou mentir para você não, eu tomo calmante, agora não todos os dias. Quando eu posso dormir sem calmante eu não tomo, agora quando eu não posso, eu tomo. Às vezes eu só consigo quando tomo calmante, e às vezes quando eu não tomo eu não consigo não.” (P16)

“Olhe, é assim, eu tomo remédio para dormir, quando eu passo um pedaço da noite sem dormir, imaginando uma coisa, ou conversando, aí o efeito do comprimido se acaba, está entendendo!? Aí eu vou até 11h/12h da noite sem dormir... aí eu me levanto e tomo outro. Porque quando eu tomo outro, aquele efeito do primeiro, eu acordado, terminou o efeito, aí eu vou 12h da noite vou tomar outro comprimido para dormir, aí eu durmo, aí eu durmo porque o efeito está novo.” (P18)

A abstenção crônica do sono é um problema de saúde pública, pois os problemas relacionados à dificuldade para dormir afetam o bem-estar físico e emocional, assim como o sistema imunológico dos indivíduos envolvidos (VOISS, 2019). Valle *et al.* (2018) afirma que os problemas do sono ocorrem de maneira frequente em pessoas mais velhas, visto que durante o processo de envelhecimento as mudanças ocorridas influenciam na duração e na qualidade do sono (YILDIRIM, 2020). Tornar-se longevo corrobora para a diminuição da atividade de ondas lentas e para o crescimento da fragmentação do sono, o que é prejudicial à memória (MANOUSAKIS *et al.*, 2019).

Além do mais, o sono ruim agrava problemas cognitivos existentes e reduz a qualidade de vida (ROMANELLA *et al.*, 2021), assim como corrobora para o risco de distúrbios

metabólicos cardíacos (LUNSFORD-AVERY *et al.*, 2018); doença de Alzheimer (BLACKMAN *et al.*, 2021); fragilidade, morbidade e mortalidade (SNOW *et al.*, 2021).

A enfermagem reconhece o indivíduo como elemento ativo no seu autocuidado (HORTA, 1974). Portanto, assim como nas falas encontradas neste estudo, diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas também foram empregadas rotineiramente para tratar problemas de sono conforme literatura encontrada, modificando-se apenas em suas modalidades, pois, as mais apontadas foram: intervenções com exercícios (AIBAR-ALMAZÁN *et al.*, 2019), aromaterapia (TARAGHI *et al.*, 2021), compressão auricular (JANG, 2019; LEE 2021), terapia cognitivo-comportamental (LOVATO, 2021; VAUGHAN *et al.*, 2021), meditação (HUBERTY *et al.*, 2021; WAHBEH, 2019) e terapia de estimulação (FERSTER *et al.*, 2022).

Segundo Gu (2023) a intervenção não farmacológica deve ser utilizada na prática clínica e dentro das comunidades, pois promove melhorias nos problemas de sono da população estudada.

O uso racional de medicamentos é relevante diante dos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos da população idosa, pois a diminuição da função hepática e renal, assim como menor proporção hídrica, são as principais mudanças que implicam, de modo direto, na fisiologia dos idosos. Com isso, quando há a utilização de fármacos, espera-se alterações metabólicas (MENESES, 2010).

Ademais, a polifarmácia está intimamente associada ao processo de senilidade na população mais velha. Dessa forma, o uso criterioso de medicamentos revela-se um pilar essencial para preservar a qualidade de vida no decorrer do processo de envelhecimento (MENESES, 2010).

A partir das necessidades abordadas (oxigenação, nutrição, hidratação, eliminação e sono), foi possível averiguar associações entre elas. Para Brasil (2006) a avaliação da pessoa idosa nos serviços da Atenção Básica deve objetivar uma análise global com destaque na funcionalidade. Para o idoso, a definição de “doença única”, onde apenas um problema pode justificar a sintomatologia não se aplica, visto que a população longeva habitualmente manifesta um somatório de sinais e sintomas, consequência de diversas patologias concomitantes, onde a ineficiência de um sistema acarreta insuficiência de outro, denominando-se de “efeito cascata”.

Desse modo, deve-se avaliar todos os sistemas, incluindo as alterações no estado funcional acerca de fadiga e mal-estar; padrão alimentar; transtornos do sono; alterações miccionais e intestinais e presença de incontinência urinária, por exemplo (BRASIL, 2006).

Acerca da realização de atividades físicas entre os entrevistados, houve equilíbrio entre os participantes que praticavam alguma atividade, conforme a seguir:

“Caminhada, faço muita caminhada, assim, todos os dias, só não faço dia de domingo, mas de segunda a sábado eu faço caminhada. Eu faço de cinco horas, saio de casa cinco horas. Aí faço quarenta minutos e pronto. [...] Me sinto bem durante o dia quando eu faço.” (P8)

“Olhe, quando é 5h da manhã, quando estava fazendo sol, aí 5h da manhã eu saía com a vizinha para fazer caminhada. Eu saio de 5h, aí quando dá 6h eu chego, só é uma hora de relógio. Aí começou a chuva, aí eu não fui mais porque está chovendo. [...] É por aqui mesmo, eu saio conversando com as meninas e a gente topa os conhecidos no caminho, vai conversando, aí pronto, é a melhor para a mente da pessoa.” (P19)

“Eu faço aula de zumba dia de terça e quinta às 7h da noite. O povo, os vizinhos “ah, eu estou cansada”, eu digo “rapaz, vamos embora”, quando a gente está com uma dor, sabe o que a gente faz, uma dorzinha de cabeça e vai se acomodar lá no canto. Sai de dentro de casa, vai conversar com alguém, conversar alguma coisa que num instante passa. Tem atividade para a gente ir, palestra, tem lanche que eles fazem, aí se arruma um monte de gente para brincar um pouco, brincar de dançar.” (P23)

E os participantes que não praticavam atividades físicas, de acordo com falas abaixo:

“Não, não, não. Só é dentro de casa mesmo, até que uma vez o doutor disse “você tem que fazer caminhada”, eu disse “mas eu caminho dentro de casa o dia todinho”, “mas não pode, não serve”. Chegar em casa eu não posso fazer nada, entro em casa e eu não posso ir, não posso não por causa do joelho.” (P14)

“Não, não, não. Eu fiz uma vez assim, hidroginástica... assim na água assim. Passei uns seis meses, mas foi muito bom, até hoje eu sinto o efeito. Desses seis meses que eu passei e já tá com uns três anos ou mais. Eu parei porque no inverno a água é muito fria, uma que era um pouco longe, mas até hoje eu ainda sinto o efeito [Risada].” (P27)

“Não, minhas caminhadas só quando eu vou resolver meus negócios, vou trabalhar, volto. Entendeu, doutora? Mas para dizer assim, “Vou sair de casa pra fazer uma caminhada”, não vou dizer a doutora que eu vou, que eu não vou, né? Eu nunca me interessei em fazer caminhada, não. É porquê... eu vou dizer uma coisa doutora, o dia a dia a gente na luta, na luta dentro de casa, aí chega àquela hora que você não tem coragem de andar, de fazer caminhada, né verdade!?” (P28)

Um estudo realizado por Silva e colaboradores (2021) evidenciou que 60,6% dos idosos participantes relataram não praticar nenhum tipo de atividade. Assim como em uma pesquisa realizada por Oliveira (2022), os idosos relataram não realizar atividades físicas vigorosas, mas realizavam atividades leves e moderadas algumas vezes por semana.

Diante do exposto, cabe a enfermeira a proposição de um plano de cuidados de enfermagem a partir de uma ação planejada, deliberativa, a partir de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano (HORTA, 1974). Portanto, quanto mais cedo ocorrer o incentivo à prática de atividade física maior a probabilidade de

tornar-se um hábito, com maiores benefícios para a saúde, dentre eles: o controle do peso; menor chance de desenvolver alguns tipos de cânceres; diminuição da possibilidade para desenvolver doenças crônicas, como a diabetes, pressão alta e doenças cardíacas; assim como traz melhoria na disposição e promove a interação social (BRASIL, 2021).

Em 2021 o Ministério da Saúde, através do Departamento de Promoção da Saúde, lançou o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (BRASIL, 2021), onde reporta as primeiras recomendações e informações a respeito da atividade física em todos os ciclos da vida, incluindo a terceira idade.

Ainda no bojo da categoria das Necessidades Psicobiológicas está a sexualidade, onde buscou-se relatos sobre a satisfação ou insatisfação com a saúde sexual de cada participante, como reportado nas falas:

“Sou viúva há 16 anos. Nunca mais! [teve namorado]. Assim, não é? Tem vez que a gente sente falta, porque vive sozinha. Mas é uma falta com medo. Os velhos hoje estão assim...[risos] eu sinto medo, sinto mesmo.” (P1)

“Está com muito tempo, mais de vinte anos. Ai tem vez que a gente conversando assim, mulher com mulher né, “como tu aguenta?” “que jeito, minha fia?””, o traste que foi meu primeiro, foi meu derradeiro, nunca tive outro, agora depois de velha vou não. Elas botam para rir, “não, mas a gente sente vontade” “sente, mas o que é que eu vou fazer?”. Sentia [vontade], mas agora “acabou-se” e já se acostumou.” (P14)

“Está com mais de dez anos, está com muito tempo isso. Não sinto não [falta], desde que eu arranquei as trompas para não ter mais menino e depois ainda arranquei o útero, pronto sinto não falta disso não. Nem me lembro.” (P19)

Dentro do princípio de que a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do homem (HORTA, 2011), notou-se, em alguns participantes, a inibição em relação a temática, apesar da sexualidade ser um elemento que está contido no envelhecimento saudável (TRAEEN, 2020).

A sexualidade está para além do ato sexual, pois é também constituída por diversos componentes, incluindo: gênero, prazer, identidades, orientação sexual, erotismo, reprodução, (AGUIAR *et al.*, 2020) desejos, (HEATH, 2019) flertes, abraços, beijos, atos de intimidade corporal e/ou emocional e toques (SINKOVIC, 2019). Elementos esses que se constituem como fundamentais ao ser humano.

Na terceira idade, a sexualidade sofre influência de diversos fatores, como: religião, sociedade, cultura, ética, mudanças físicas e psicológicas (BARROS, 2020) e experiências de vida (HEATH, 2019). Vivenciá-la, de forma saudável, detêm repercussões positivas ao longo da vida, efetivando-se momentos de alegrias, fortalecimento e afirmação (HEATH, 2019).

Entretanto, o meio familiar é tido como um dos entraves no que se refere à sexualidade de pessoas idosas. É imposta proibições e/ou limites para esse público vivenciar seus prazeres além da não consideração dos desejos sexuais, em especial quando dividem o mesmo ambiente habitacional (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2023), o que pode ser evidenciado no relato a seguir:

“Não, não quero mais não. Está bom já. A gente sente falta, mas aí a gente muda o pensamento, vai fazer alguma coisa, eu gosto muito de fazer palavras cruzadas. Aí eu pego e já vou e mudo o pensamento. [pausa] é, faço palavras cruzadas, vou ler, vou passear para tirar da cabeça e pronto. É ruim a gente viver sozinha, mas só que eu tenho meus filhos todinhos que moram lá por perto [de casa], eles ligam para mim todos os dias, entendeu? Cada um tem uma chave da minha porta, não tenho vontade não.” (P8)

Com isso, ocorre modificação de papéis, diminuição da autonomia da pessoa idosa e por consequência, submissão a uma realidade imposta pela opressão familiar (SILVA *et al.*, 2019). Esse dado pode justificar-se, de acordo com o resultado de um estudo realizado por Souza Júnior e colaboradores (2023) que observaram as pessoas idosas sem filhos, melhor experienciaram sua sexualidade.

Horta (2011) reconhece o homem como membro de uma família e de uma comunidade, e em decorrência do crescimento do número de pessoas idosas no mundo, torna-se urgente a necessidade de elaborar estratégias que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas, abrangendo a sexualidade dentro dessas ações (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2023).

No que concerne esse entendimento, faz-se necessário que haja desejo das pessoas da terceira idade em conhecer e vivenciar essa prática, conforme os trechos em seguida:

“Aí está meio fraca [Risada]. É devido a idade também né. [...] Satisfeito a gente não fica não, não fica pelo seguinte, o ser humano é que nem o animal né, eu acho que o sexo faz parte da vida da gente. Da nossa saúde, não é!? Quando a gente não consegue, a gente fica meio revoltado.” (P10)

“Bom, a gente tem que se conformar, né minha filha. Chega o tempo que a gente esquece e não pode fazer nada. Sente né filha [falta], sabe Deus quando une o casal, é que eles tenham contato um com o outro e para nós isso ajuda muito a gente, mas agradecer a Deus, se conformar e passar assim mesmo.” (P30)

“Olhe, eu não sei...faz tempo, faz tempo. Tem vez que eu vejo uma pessoa na rua bem bonita, eu abro com você, entendeu? Eu digo “Eita, que mulher bonita”, dá vontade de ter relação sexual, dá vontade e vou embora para dentro de casa, para o banheiro lá, mas é ruim para saúde. Eu acho que muito prejudica a parte daqui, da dor nas costas, porque fica forçando né!? Tem que se abrir mesmo, mas nunca mais eu fiz isso.” (P11)

“Tenho [vontade], mas não é mais que nem era, tem hora que eu não sinto nem vontade de fazer essas coisas e eu não estou em idade para isso, eu acho que são os problemas da saúde. Eu não acho bom não porque fica assim né. Eu queria que melhorasse mais as coisas [Risada]. Eu sempre... eu não parei ainda de fazer, sabe? Mas não é como era. É, tudo nunca é como era antes né, a pessoa não vai mudar toda e as coisas serão do mesmo jeito né. Porque eu vejo cada uma mulher com a idade

mais avançada que a minha e o fogo da bexiga, e o meu já não tá mais que nem era. Aí eu não sei se é mesmo ou é só... [Risada].” (P13)

“Sinto! [falta] eu não vou mentir, porque mentir é feio e quem é evangélico não pode mentir. Eu sinto, sinto muita, muita mesmo. Mas aí eu tenho medo, tenho muito medo de me interessar por alguém e esse alguém não ser compatível comigo. Eu fico triste, mas não posso fazer nada. Aí sobe aquele calor, eu tomo banho e alivia [risos]. (P24)

Pelo exposto fica evidente a necessidade de os profissionais de saúde realizarem ações de promoção e orientações sobre a saúde sexual e estímulo às suas vivências, visto que os resultados aqui encontrados, assim como no estudo realizado por Souza Júnior e colaboradores (2023) reafirmam que a sexualidade pode ser um fator para acrescentar melhor qualidade aos anos adicionais a esse grupo etário.

Fazendo uma associação das necessidades de atividade física e sexualidade, um estudo realizado por Souza Júnior e colaboradores (2021) averiguou que idosos classificados como frágeis retrataram vivências prejudicadas em todos os âmbitos da sexualidade. Pode-se justificar, então, a representação deste estudo, onde houve equilíbrio entre os idosos que realizavam e os que não realizavam atividades físicas. Por outro lado, a insatisfação com a sexualidade foi mais evidente entre os participantes deste estudo, não correlacionando assim, a insatisfação sexual a um único fator.

No que tange ao gênero, observou-se neste estudo manifestações de satisfação e insatisfação entre as pessoas do sexo masculino e feminino, ainda que o sexo feminino tenha sido majoritariamente representado entre os participantes desta pesquisa. No entanto, entende-se que a capacidade sexual é fortemente relacionada ao senso de masculinidade, onde desde a adolescência os homens são incentivados a dar início às práticas sexuais. Em contrapartida, as mulheres sofrem repressão com relação à liberdade sexual antes do matrimônio (BARROS, 2020).

Outro aspecto relacionado às Necessidades Psicobiológicas é a percepção olfativa, visual e auditiva, pois, o processo natural de envelhecer está associado a um decréscimo da acuidade visual devido às mudanças fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo de visão e problemas de retina. Por volta de 90% das pessoas idosas precisam usar lentes corretivas para enxergar satisfatoriamente (BRASIL, 2006).

Ademais, aproximadamente um terço dos idosos relatam algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia, perda progressiva da capacidade de distinguir os sons de alta frequência, é uma das causas mais comuns na população estudada. Habitualmente, o idoso pode não identificar essa perda e, por esse motivo, não a referir (BRASIL, 2006).

Wanda Horta (1974) identifica o homem como parte integrante do universo dinâmico e portanto, está sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. Como a dinâmica do universo acarreta mudanças, estas podem gerar estados de equilíbrio e desequilíbrio.

Por meio disso, foi indagado aos participantes sobre a percepção da diminuição da acuidade visual e auditiva, onde a maioria referiu ter notado alguns estados de desequilíbrios, conforme trechos abaixo:

“Sim, ultimamente estou achando [diminuição da visão]...tem catarata. O médico aconselhou que eu não operasse, por causa da pressão eu acho. [...]A audição não é como antigamente, mas eu ouço bem.” (P5)

“Preciso aumentar mais a televisão, meu marido fica falando “Você é mouca é? Daqui eu tô escutando”, eu digo “Não rapaz, mas eu não gosto de ver nada baixinho demais, cochichando não”, e o meu ouvido tem hora que faz aquele barulho, aquela zoada. Eu não sei se é devido a esse negócio que eu tô com ele né, esse catarro assim, aí tem hora que faz aquela zoada “tummmmm”.” (P13)

“Minha fia eu não uso óculos não, até fiz exame de vista, a moça disse que eu tinha catarata, mas eu tenho tanto medo de bulir na minha vista. Tem vez que eu consigo ver, tem vez que eu não vejo nem o olho, tem vez que não vejo ninguém. De longe eu ainda espio de longe, mas aquilo embaçado né, mas eu tenho tanto medo de bulir na minha vista. [...] Eu já fiz três, quatro exame do ouvido, mas não fico boa do ouvido, é “Tim, tim, tim, tim, puff” [Ímita um barulho], fico mouca, eu vou e “Puff”, abro o buraco, “Puff” fica abafado, eu fico espiano e não tô entendendo nada. E a cabeça “Vuuuuu”, já fiz três exame, diz que é resguardo quebrado, eu trabalhei muito de resguardo. Comendo pirão puro, no interior, os velhinhos tudo sem nada, naquela riqueza de Deus né.” (P17)

“Eu perdi quase toda a minha audição. Por esse lado [aponta] eu quase não ouço nada. A minha mãe está na sala e eu na cozinha, ela me chama tanto e eu não escuto. Aí ela se levanta e vem se arrastando. “ô menina tu tá moca mesmo, viu!?! Está bom de procurar o médico, tu está moca”. Aí eu digo: “e a senhora me chamou?”. Eu estou com um problema muito sério nesse ouvido, como se tivesse um grilo fazendo “zimm” dentro do ouvido.” (P24)

“Enxergo bem não, eu tenho a vista tão ruim. Já fiz exames e não enxergo. [...] Perdi mesmo, perdi (audição)...esse aqui eu perdi quase todo, já fiz exame está bem longe, esse aqui ainda está ouvindo um pouquinho. Agora hoje está ruim, não sei o que é.” (P29)

Esses relatos corroboram com um estudo realizado por Lima (2022) no qual apontou que 58,5% dos idosos referiram alguma dificuldade visual e 51,2% dos sujeitos revelaram alguma dificuldade auditiva. Assemelha-se também aos dados obtidos em outras pesquisas (BRASIL, 2016; SARGENT 2012). Ademais, tais dados são correspondentes aos obtidos por Andrade *et al* (2020), cuja pesquisa apresentou que 41,1% dos participantes revelaram dificuldade para ouvir. Para Sousa (2022) essas dificuldades podem estar relacionadas ao processo do envelhecimento, visto que muitos estudos demonstram problemas de visão e audição alusivos aos desgastes da longevidade.

Outro gravo presente na população longeva é a incidência de episódios de queda. Um estudo que analisou a tendência de mortalidade por quedas de idosos na população brasileira em uma série temporal de 20 anos, observou uma tendência crescente de quedas, com um alargamento de 5,45% ao ano (GONÇALVES, 2022).

Diante disso, a temática sobre Locomoção e Segurança Física foi amplamente abordada durante a aplicação da TNHB, e evidenciou-se a ocorrência de quedas e dificuldade de locomoção em grande parte dos idosos participantes desta pesquisa, de acordo com as falas abaixo:

“Levei três quedas [em casa]. No banheiro uma, na porta outra e lá no quintal outra. Estava a minha filha e a minha neta [em casa]. A chinela saiu do pé no banheiro. Saiu do pé, que eu tomo banho de chinelo, né. Saiu do pé, aí eu caí, aí não pude me equilibrar.” (P2)

“Já caí e fui para o pronto-socorro. Um caroço aqui [testa], ficou bem assim [gesticula]. Eu tinha um tapete aí botei fora. Quando eu lavei o banheiro ali, fui sair ali [aponta] e "puff", acabei no chão. Já caí da escada. Sim... aí eu caí lá no quintal, fiquei bem um mês com uma dor aqui [indica o local], aí eu digo: “Eu não vou para o médico não, que ele vai...” Não gosto de hospital não, eu tenho um medo de hospital.” (P22)

“Eu caio muito, muito muito! Inclusive essa unha [machucada] está caindo, foi de uma queda. [...]Já caí várias vezes. Eu não posso usar tapete, é proibido. Eu tenho tapete, mas é enroladinho lá, guardado. O Dr. me proibiu, porque eu estava caindo muito. Vai fazer dois meses, caí no banheiro mesmo e fiquei dormindo lá, o chuveiro ligado e eu dormindo. Bati com a cabeça com todo o peso no chão e eu dormi. Só as minhas pernas no chuveiro ligado e eu dormindo no chão. Quando eu acordei eu não sabia nem onde era que eu estava, aí eu disse: "pronto, eu morria aqui e ninguém me via". (P24)

As quedas em idosos simbolizam um problema de saúde pública, devido a periodicidade com que ocorrem e os impactos que geram para a pessoa, sua família e o sistema de saúde (MONTEIRO *et al.*, 2021; STOLT *et al.*, 2020; BRASIL, 2021). As quedas desencadeiam um declínio na qualidade de vida do idoso, e principalmente quando ocorrida na população com menor renda, compromete diferentes âmbitos de sua vida, como: a capacidade funcional, os aspectos físicos, dor, fatores emocionais e de saúde mental (PAIVA, 2021).

Ademais, entre outras consequências desse processo, os acidentes por queda poderão causar graves complicações como hospitalização, institucionalização, imobilidade e o elevado risco de morte. Após o evento, é frequente o aparecimento de sentimentos de angústia e depressão, resultantes da diminuição de confiança no próprio equilíbrio, alterando a marcha pelo medo de cair. Esse medo provoca insegurança, sucedendo diminuição das atividades e mobilidade (VITORINO *et al.*, 2017; PIMENTA *et al.*, 2017), o que converge com os seguintes relatos:

“Eu fiquei com dificuldade para subir no ônibus e passar na pista. E eu sempre ia só, aí eu tinha aquele medo, sabe!? e quando eu tenho medo eu deixo de passar e as pernas endurecem. É capaz do carro, sabe...!? aí eu fiquei com aquele medo de ir sozinha... e as pernas ficam tremendo e eu nem vou para lá nem vem pra cá.” (P1)

“Eu não saio de casa, só daqui para o posto e vejo a hora do médico para eu não sair só, mas tem que ir. Eu não ando só não, nem ando só, nem posso sair de pé, tem que andar de carro.” (P14)

“Ando assim dentro de casa, né!? Na rua eu não ando por causa do nervoso. Não desço a calçada, por causa do nervoso. Rapaz, se a pessoa fizer ao menos assim, ao menos tocar em mim o nervoso se acaba mais, aí eu fico sem o nervoso, eu desço com a pessoa, mas se eu descer sozinho, eu tenho o nervoso e não desço.” (P18)

Assim, como em um estudo realizado por Sousa (2022), os idosos demonstraram-se, predominantemente, um pouco apreensivos em relação às quedas, embora a maioria já tenha sido vítima do evento.

Horta (1979) estabelece que em estados de desequilíbrio a assistência de enfermagem se faz mais necessária. Diante disso, as evidências encontradas neste estudo e na literatura fortalecem os desafios do sistema de saúde e apontam a importância de expandir a oferta de cuidados relacionados à promoção da saúde e à prevenção de riscos para quedas na população idosa.

A redução do aumento da mortalidade de idosos por quedas acidentais está entre as metas do plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil no período de 2021 a 2030, onde ações intersetoriais precisam ser incentivadas e implementadas (BRASIL, 2021).

Outro agravo encontrado entre os participantes, baseado nas Necessidades Psicobiológicas abordadas por Wanda Horta, vincula-se com a regulação neurológica e a orientação no tempo e espaço. A partir da aplicação da TNHB, durante a coleta de dados, verificou-se diversas explicações que apontaram algum tipo de dificuldade de memória/orientação no tempo e espaço e consequências danosas, conforme as seguintes narrativas:

“É difícil... é muito difícil, irmã... olha, eu esqueço de tudo, se eu sair daqui, estou cozinhando e for lá para trás [quintal] a panela queima. [...] Eu já era [esquecida], mas agora estou pior. Estou pior minha amada, tem dia que eu perco até o dinheiro da feira. Tem dia que eu pego a roupa, abro o guarda-roupa e saio jogando para procurar. Aí às vezes aquilo vem na minha mente: “está ali”. Eu digo: “meu Deus tão fácil”.” (P3)

“Agora tem um “problema”, eu estou esquecida. De vez em quando dá um branco...E eu esqueço. [...] Estou esquecida demais, “minha fia”. Está com uns 6 meses, depois que eu perdi a minha mãe, eu fiquei assim. Às vezes eu fico repetindo. Olhe, às vezes eu guardo dinheiro no canto e depois de muito tempo, quando eu não quero mais, aí eu vou lá naquele lugar e o dinheiro está lá. É incrível né. Tá com uns 2 anos que eu

estou assim... esquecida. [...] Eu acho que está piorando esse esquecimento. Meu problema todinho é esse esquecimento.” (P8)

“A panela no fogo eu deixo queimar, o cuscuz tá lá a cuscuzeira queimada [Risada], eu botei o cuscuz para esquentar quando um cheiro, fui espiar queimou, apaguei o fogo. Ah me esqueci da panela de pressão, estava dentro do ônibus, aí eu me lembrei da panela e digo “Eita meu Deus, deixei o feijão no fogo”, aí eu fiz “Seu Zé pare aí”, o motorista fico brabo “Esses velhos sai de casa e esquece das coisas”, aí eu digo: “Olhe, cuidado viu, seu pai é velho e sua mãe”, ele foi embora. Cheguei lá a panelinha “Tchiiiiii” [imita barulho da panela].” (P17)

“Jesus, quando eu vou olhar a panela está fumaçando, queima até a... às vezes eu boto a carne para esquentar, quando eu vou olhar só tá o torrão. Boto para esquentar, depois só a fumaceira. Uma vez meu filho veio do trabalho, quando chegou viu aquela fumaça cobrindo “meu Deus do céu tá pegando fogo a casa da minha mãe”, quando chegou aqui “Mãe, o que a senhora tem no fogo?” “E eu sei, nada”, quando ele foi olhar, a galinha tinha desaparecido, queimou até os ossos.” (P22)

“A minha primeira casa foi queimada. Incendiou, queimou tudinho lá, tem o laudo do bombeiro na minha mão. O alumínio derreteu, fechei a casa e fui para a igreja, fechei tudo e deixei a panela no fogo com inhame. Acredite em Deus, o povo quando deu fê foi quando o fogo subiu da telha para cima, correm para apagar, mas não conseguiram, o botijão explodiu, foi tudo, tudo, tudo... nem as paredes ficaram. Quando os bombeiros chegaram só estavam os carvões. Derreteu tudo. Fiquei só com a roupa que eu estava na igreja, eu e meu filho. [...] Já me perdi na rua onde eu moro. Eu passava para lá e pra cá, com a chave na mão e não sabia onde morava. (P24)

Estes resultados convergem com uma pesquisa realizada no município de São Paulo, onde 51,2% dos idosos referiram que parentes e amigos reclamavam dos seus episódios de esquecimento, 21,9% consideraram piora no quadro e 17,1% sentiram-se limitados por essa questão (LIMA, 2022). Outras pesquisas realizadas apontam que 45% dos sujeitos idosos relataram queixas de diminuição cognitiva (KRUG *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2020).

Para Bernardes *et al.* (2017), dentre os déficits cognitivos mais citados, destaca-se a queixa de memória durante o processo de envelhecer. Revela ainda que a falha da memória autorreferida pode acarretar algum cenário de demência futura.

Outro estudo desempenhado com 49 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), apontou uma autoavaliação negativa em relação ao esquecimento que se justificou pela idade dos participantes, visto que os idosos entrevistados perderam suas capacidades, referiram-se conformados perante a diminuição da memória e associaram isso aos sentimentos de tristeza e medo de serem afetados por uma perda de memória significativa (SENA, 2020). Para Horta (1974) o conhecimento do homem sobre o atendimento de suas necessidades é restringido por seu próprio saber requerendo, por isto, o auxílio de profissional habilitado.

Santos (2020) avaliou os fatores associados à demência em idosos e constatou a deficiência de vitamina D, depressão, hipertensão arterial e idade acima de 80 anos como

aspectos contribuintes para o declínio demencial da pessoa idosa. Essa evidência pode explicar a prevalência da queixa de memória entre os participantes deste estudo, considerando a média de idade elevada e a presença de doenças crônicas como a hipertensão arterial. Com relação a hipovitaminose não há comprovação entre os idosos participantes, visto que não houve avaliação dos exames laboratoriais durante a consulta. Entretanto, outros estudos identificaram uma correlação entre níveis de vitamina D diminuídos e o declínio cognitivo acelerado (LANDEL *et al.*, 2016; MILLER *et al.*, 2015; OVERMAN *et al.*, 2016).

Ademais, compreende-se a fundamental importância da vitamina D para o progresso do cérebro e maturação dos receptores de vitamina D que estão contidos em diversas áreas cerebrais, dentre elas as associadas à aprendizagem e funções de memória (GEZEN-AK *et al.*, 2014; LANDEL *et al.*, 2016; BROUWER-BROLSMA, 2015).

No que concerne à hipertensão arterial, idosos com elevação arterial retrataram 168% maior chance de desenvolverem um quadro de demência (SANTOS, 2020). Em acordo com esse resultado, uma pesquisa realizada com pessoas acima de 80 anos de idade, observou que pessoas longevas hipertensas dispuseram de 193% mais chance de manifestar transtorno cognitivo leve e progredir para um quadro demencial (HAI, 2012).

5.3 Necessidades Psicossociais

As necessidades psicossociais são reveladas no indivíduo através de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de manifestar-se, viver em grupo e efetuar interações sociais (HORTA, 2011).

Esta categoria está contida dentro das NHB abordadas na Teoria de Wanda Horta. A partir da consulta averiguou-se as seguintes necessidades: amor e aceitação/segurança emocional/gregária; lazer/recreação; autorrealização/autoestima/cuidado corporal/autoimagem e liberdade de participação/autonomia.

Garcia (2012) refere-se ao amor e aceitação como a necessidade de possuir sentimentos e emoções às pessoas em geral, com o objetivo de ser visto e incorporado aos grupos, de ter amigos e família. A partir da aplicação da TNHNB notou-se que muitas falas desta necessidade foram vinculadas principalmente às relações familiares, em sua maioria, de forma negativa, como nos trechos abaixo:

Assim, eu sinto um pouquinho de desprezo. Às vezes eu até digo: "será que eu sou adotada? Será que eu não sou irmã de vocês?" "Por que não me liga? já eu que ligo". "Não vai na minha casa, sou eu que vou na casa de vocês". Aí ficam dando desculpas

dizendo que é longe. “Mas eu não divido o tempo? eu não venho!? Mesmo com dificuldade de ônibus, eu venho”. (P3)

Não, não me sinto [amado]. O meu filho, eu sei que ele não gosta de mim, eu oro por ele, sempre que eu oro por ele, peço misericórdia dele, pelo casamento dele.. [...] Ele diz que eu sou isso, sou isso, sou macumbeiro... eu não sou macumbeiro, meu filho. Eu sou isso aqui, sou espiritual, a minha madrasta era espiritual, não vivia em terreiro de macumba não. (P11)

Com meus filhos, eu que sou o pai deles, eles não me procuram, só veio aqui uma vez e mais nunca, aí eu também não vou tá adulando-os. Eu sou o pai deles, eles são meus filhos, quem tem que procurar o pai é o filho. É ou, não é?! Eu fui lá de 8 a 10 vezes lá na casa deles com a mãe deles lá [primeira esposa], e eles não vieram aqui... aí eu também deixei de ir. Estou errado ou estou certo? (P15)

Eu nunca vi uma qualidade dessa, minha família se der uma guerra não vem ninguém na minha casa. Todo mundo, agora eu tenho um filho, o mais velho, ele tem 60 anos, o mais velho, é uma pessoa que me perturba tanto, ele bebe... Ele vem comer, me pedir dinheiro, só vem comer e pedir dinheiro. (P22)

A família configura-se como a principal fonte promotora de cuidados à pessoa idosa, com isso, a escassez do cuidado está estreitamente relacionada a situações de violência e conflitos. No Brasil, em 28% dos lares há pelo menos um idoso, e 90% desses moram com familiares próximos (MINAYO, 2014; SILVA, 2016).

Rabelo (2020) realizou um estudo que avaliou o clima familiar e autopercepção da saúde da pessoa idosa, e constatou que a maioria dos idosos relataram percepção de menor apoio, menor coesão, menor conflito e menor hierarquia. Ou seja, de modo geral, a percepção foi de baixo conflito familiar, mas também de menor apoio e coesão, o que se assemelha com os resultados deste estudo.

O conflito não se mostrou de forma significativa nas percepções de idosos a respeito da família em Araújo *et al.* (2018). No entanto, na pesquisa realizada por Ceccon *et al.* (2021), mesmo que os idosos participantes tenham apresentado elevado número de filhos, netos e ainda tenham a presença do cônjuge, muitos referiram que se sentiam sozinhos. Este resultado pode justificar-se pelas transformações e dinâmicas familiares através da coexistência de bisnetos, netos e filhos na mesma residência, em simultâneo com a constatação da perda de vínculo (CAMARANO, 2014).

Os dados evidenciam o papel crucial que a família executa em qualquer etapa do processo saúde-doença. Destaca-se, então, a importância de que cada idoso se sinta membro e participante integral do seu núcleo familiar. Com isso, o clima familiar pode proporcionar benefícios à saúde da pessoa idosa de acordo com a interação e a qualidade dos vínculos estabelecidos (RABELO, 2020)

Ainda de acordo com as relações de amor e aceitação, no que concerne às relações sociais de amizade, houve poucas menções. A maioria dos idosos referiram não possuírem vínculos de amizade, conforme fala a seguir:

“Não tenho amizade, tu acreditas? Nem dos próprios vizinhos, dou “bom dia” “boa tarde”, aí de vez em quando chega uma lá “Oh mulher, vem pra cá”, eu digo “Oh mulher, não gosto não”. Ou eu saio para andar, ou eu fico dentro de casa, não sou muito de... é só bom dia, boa tarde e pronto. [...]Sou eu com minha televisãozinha lá, boto nos pastores quando eu quero, no católico, nos crentes, aí pronto.” (P8)

Conforme Santini e colaboradores (2020), a solidão e o isolamento experimentados pelos idosos são indícios de perdas de convívio familiar e social e, podem originar problemas emocionais e psicológicos, sobretudo a depressão. De acordo com Minayo (2020), a rede social de proteção, composta por pessoas próximas, pode fortalecer ou diminuir as vulnerabilidades.

No que se refere ao lazer/recreação, foi uma das necessidades mais abordadas pelos participantes. Grande parte dos idosos alegou não ter lazer por diversos motivos, como a falta de recurso financeiro, falta de tempo, problemas familiares, dificuldades pelas limitações adquiridas no processo do envelhecimento ou pelo período de Pandemia da COVID-19, como é possível observar nos seguintes trechos:

“Minha filha, se eu pudesse, gostaria de viajar [Risada]. Não tenho não. É porque hoje tudo depende de dinheiro né. Pra gente sair para qualquer canto depende de dinheiro, aí pronto. Lazer é dentro de casa, que eu me deito depois que almoço, descanso né, às vezes assisto um jornal, mas estou deixando de assistir que é muita coisa ruim.” (P16)

“Qual é o lazer que eu tenho meu amor? Tenho não [voz embargada]. Eu não saio para lugar nenhum, eu não posso por causa dele [esposo de 92 anos], ninguém quer ficar com ele.” (P19)

“Mas rapaz, isso está acabando comigo, eu gosto de caçar, de pescar e de plantar, eu gosto de mexer com a terra, parece que é a minha vida. [...]Eu gosto muito, hoje não posso mais caçar, andar na mata, armar uma rede no meio do mato, na beira do rio, para ver aquela aguinha correndo, o passarinho cantar, os bichos andar de noite, parece que eu melhora. Preciso fazer, mas não posso deixar ela só [esposa].” (P26)

“Olhe, para eu dizer que tenho lazer eu estou mentindo. Porque eu gostava muito de praia, eu gostava de passar o final de semana assim, domingo na praia, mas depois dessas dores eu não fui mais, parei, porque até para subir nos ônibus é difícil. Eu caio, meu joelho vive assim [machucado] é de queda. [...] Eu ligo minha tv e vou assistir, só.” (P24)

“O que é lazer? Eu nem saio de casa porque eu tenho um filho com 50 anos que ele bebe demais. Bebe uma cachaça, eu não confio ele ficar sozinho em casa, mora comigo. Meu lazer é o meu dia a dia. Vou visitar minha irmã ali, vou lá em cima com uma colega minha que está trabalhando pra ver se a gente compra alguma coisa lá na feirinha e pronto.” (P25)

“De primeiro eu tinha mas hoje eu fico muito em casa, depois dessa coisa que aconteceu, né!? [pandemia] passei dois anos em casa, não deixavam eu sair. Faziam minhas compras, faziam tudo. Era o portão fechado.” (P6)

De acordo com Horta (2011), a ausência da realização das necessidades, favorece desconfortos e resultam na morbidade. Isto posto, ter saúde é sinônimo de estar em equilíbrio com o ambiente. À vista disso, a enfermagem tem papel imprescindível na manutenção e recondução do equilíbrio dinâmico.

Alusivo a este ponto, estudos apontam que participar de atividades de lazer auxilia na conservação e melhorias da saúde física da pessoa idosa, tal como na saúde psicológica e mental, além de ajudar a manter e ampliar a satisfação com a vida, promovendo boas oportunidades de interação positiva com familiares e outras pessoas através do convívio social (CHA, 2018).

Oliveira *et al.* (2021) avaliaram a satisfação pessoal e atividades de lazer em idosos acompanhados ambulatorialmente, e identificou que quanto maior os escores nos domínios da Escala de Satisfação com a Vida, maior os escores nos domínios da Escala de Atitudes Face ao Lazer, isto representa que os idosos mais satisfeitos com a vida foram os que apresentaram atitude mais positiva em relação ao lazer.

Diferentemente dos discursos apresentados neste estudo, em Oliveira *et al.* (2021) a maioria dos idosos referiram contar com uma rede de apoio. Para Alvarenga *et al.* (2011) ter uma rede de apoio é fundamental para a pessoa idosa, uma vez que esta refere-se à prevenção do isolamento social e melhor adaptação aos desafios do envelhecimento.

De outro modo, assemelhando-se com as falas trazidas acima, a pandemia da COVID-19 também interferiu e alterou de maneira significativa os hábitos de lazer dos idosos participantes, sobretudo no que se refere aos interesses sociais, físico-esportivos e turísticos (RIBEIRO *et al.*, 2020). Ressalta-se ainda que existem políticas públicas voltadas ou que fazem interface com o lazer para a população mais velha, como o Estatuto do Idoso, que evidencia o lazer como um direito que deve ser garantido pela família, pela sociedade e pelo poder público (BRASIL, 2003).

Outra necessidade elencada pelos participantes desta pesquisa, foi da autorrealização/autoestima e cuidado corporal/autoimagem. Notou-se que a maior parte dos entrevistados estão insatisfeitos com sua imagem e autoestima, assim como com o cuidado do corpo.

A autoestima é entendida como uma avaliação da própria pessoa, contornando pensamentos e sentimentos que o sujeito procede de si mesmo, tendo em consideração seus limites e expectativas (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Trata-se de um constructo que reflete o quanto o indivíduo gosta de si, como ele se enxerga e o que pensa sobre si (TAVARES *et al.*, 2016), em conformidade com os trechos adiante:

“Eu me vejo um pouquinho acabada [quando se olha no espelho]. Assim, não é? A gente pensa em se arrumar mais um pouquinho.” (P1)

“Eu me sinto feia porque estou velha. Eu penso assim: “meu Deus quem eu era, como estou agora”. É só isso.” (P3)

“Quando eu me olho no espelho eu só vejo feiura, que velho não é bonito. [...] Eu me sinto murchando cada vez mais, porque passa um ano, passa outro, a gente vai diminuindo, o idoso.” (P9)

“Assim, quando eu me olho no espelho, não sei se é porque eu me sinto envelhecida para idade que eu tenho. Agora quando eu encontro as pessoas elas falam: “mulher você não envelhece”. Como se eu me acho velha!? Eu me acho velha para minha idade. Acho que é a falta de cuidados. Eu não tenho tempo de estar me cuidando, assim, cabeleireiro, eu não tenho, aí eu me sinto envelhecida.” (P21)

“Tenho vergonha da minha cara [risos], tão feia, tão velha. Eu tenho vergonha de sair assim, e o povo olhar para minha cara assim e dizer que eu sou feia, que eu sou velha. Eu me olho no espelho e digo “meu Deus do céu”. Eu tenho vergonha de mim. Aí meu filho quando vai para casa do sogro diz: “bora mãe, bora mãe” “vou não”. O povo todo gosta de mim lá, mas eu tenho vergonha de ir, e agora depois dessas coisas [manchas na pele]. Quando eu entro no ônibus, o povo olha para o meu braço assim e sai de perto de mim, aí eu olho assim e me afasto. É porque eles olham para o meu braço e às vezes pensam que é uma doença incurável, mas não é.” (P22)

Souza Júnior *et al.* (2022) objetivaram fazer uma análise sobre a associação da autoestima com a qualidade de vida de idosos. A partir disso, identificou-se um achado distinto dos encontrados neste estudo, pois, 74,8% dos idosos possuíam uma autoestima satisfatória, assim como em outro estudo realizado no Paraná (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Tal evidência pode justificar-se pelo fato de que os idosos entrevistados são utilizadores da academia da terceira idade, além do mais, os que obtiveram melhores pontuações na autoestima foram os que alegaram algum grau de escolaridade.

Desse modo, infere-se que a realização de atividade física e o elevado nível de contato social constituído pela academia da terceira idade, bem como a escolaridade, são condições que podem interferir positivamente no nível de autoestima da desta população (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2022). Esta condição apoia-se ainda no fato de que a maioria dos idosos entrevistados neste estudo alegaram ser analfabetos e muitos declararam a não prática de atividades físicas.

Para Machado (2010) a percepção da imagem corporal pode intervir no estado geral de saúde da pessoa. Tendo em consideração que cada ser envelhece de maneira particular, alguns fatores específicos podem interferir no conceito que o idoso tem de sua autoimagem, como idade, estado nutricional, condição social, agravos e percepção da saúde (ROCHA, 2012; FERMINO, 2010; TRIBESS, 2010; COELHO 2007; TRIBESS, 2008; TEIXEIRA, 2012; LEAL, 2009).

Menciona-se que as mudanças do corpo são notadas através dos cabelos que embranquecem e tornam-se mais ralos, assim como os pelos em geral. A pele apresenta pregas, e as orelhas aumentadas estão entre as aparições mais explícitas da diminuição de elasticidade do tecido corporal (ELIOPOULOS, 2005). Observa-se, então, que algumas mudanças são aceitas; outras, nem sempre, o que corrobora com os seguintes relatos:

“Não, estou velha [não gosta da aparência]. Estou feia, eu me acho feia, cheia de prega na cara mulher, quem era eu e hoje estou assim.” (P5)

“Me acho péssima! Se eu tivesse dinheiro ia fazer uma plástica, porque olhe só onde tenho couro, só tenho na cara, minhas pernas não têm couro, só na cara que é desse jeito, o que é que eu faço? [...] “Oh meu Deus, porque só minha cara é desse jeito, tudo engilhado!”, a barriga não tem, olhe, olhe...tudo no “cissinho”, só na cara que é desse jeito [Risada]. Só na cara que é desse jeito, menina. Não faz raiva!? Mas isso é preocupação, é raiva que faz isso.” (P14)

Em Carvalho *et al.* (2022), a maioria das idosas manifestaram o desejo em ter um corpo mais magro. Corroborando com esse resultado, estudos mostram que as idosas entrevistadas indicaram insatisfação com sua autoimagem, assim como observado a seguir:

“Quando eu olho no espelho eu tenho raiva, eu tenho raiva de mim. Eu digo assim: “tem tanta gente tão bem feitinha no mundo e eu uma balofa feia, a barriga “pem”, a bunda bate”, eu me acho ridícula. Quando eu me olho no espelho, eu nem gosto de me olhar no espelho. Eu tenho esse preconceito comigo, eu tenho raiva sim, eu queria ser bonita, mas eu não sou [risos]. Eu me acho feia. Muito feia. [...] Desde a minha primeira gravidez que me senti ridícula quando eu me vi no espelho com aquela barrigona, virilha murcha, “ô meu Deus eu queria me arrumar”, mas eu não queria me olhar no espelho. Hoje eu tenho um espelho no meu quarto bem grandão que eu me vejo todinha, mas eu deixo ele pra lá, para nem olhar.” (P24)

Assim como os resultados obtidos neste estudo, Silva *et al.* (2021) relataram que o número de participantes com autoimagem negativa em sua pesquisa foi alto, o que representou cerca de 72,04% dos entrevistados. Diante disso, ressalta-se a relevância em abordar esta necessidade durante a aplicação da TNHB, por estar diretamente relacionada com a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa assistida.

O último componente da categoria das necessidades psicossociais está representado pela necessidade de liberdade de participação/autonomia. Dentre os participantes desta pesquisa, houve equilíbrio entre os idosos que se consideraram com autonomia satisfatória com os que relataram a autonomia prejudicada.

Analisar a autonomia do idoso tem muita relevância, devido aos processos derivados do envelhecimento, onde a pessoa idosa é posta em situação de vulnerabilidade, não só física, como também intelectual e cognitiva (LIMA *et al.*, 2020). Nesse contexto, cabe a enfermagem “fazer

pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais” (HORTA, 2011, p. 31).

As intervenções de enfermagem possibilitam a análise da autonomia do idoso, e direcionam o enfermeiro para as necessidades de cada indivíduo e seus potenciais agravos, para os quais devem orientar sua atenção. Desse modo, a execução destas intervenções proporciona ao enfermeiro elaboração dos diagnósticos de enfermagem, e a implementação de intervenções promotoras da autonomia (GARDONA, 2018).

Em Gomes *et al.* (2021), a partir de uma revisão sistemática, identificou-se diversos fatores associados à autonomia da pessoa idosa: funcionalidade, relação familiar e interpessoal, percepção sobre a vida, satisfação com os serviços de saúde, condições individuais, escolaridade, estado geral de saúde e qualidade de vida. Segundo o autor, estes aspectos podem atingir de forma positiva ou negativa a capacidade de tomar decisões por parte dos anciãos.

O processo de envelhecimento desencadeia, em muitos idosos, declínio da capacidade clínico-funcional, o que está correlacionado ao detrimento parcial ou total da autonomia e da independência da pessoa afetada. No entanto, o declive funcional e a perda da independência não estabelecem consequências inevitáveis no processo do envelhecimento humano (SCHIENKER, 2019; DALGLEISH *et al.*, 2015).

A incapacidade funcional corresponde a uma dificuldade em executar atividades cotidianas em razão de um problema de saúde. Ela pode ser analisada sob a ótica das complicações em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) como se alimentar, e atividades relacionadas ao autocuidado, além das dificuldades em executar atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como realizar compras, utilizar meios de transportes e ir ao banco (SOUZA, 2021). Fatores presentes nos discursos abaixo:

“Ah, sinto demais [falta dos afazeres domésticos], todo dia eu peço a Deus, para me dar saúde para eu fazer tudo. Lavar roupa, varrer casa, fazer comida, fazer tudo como eu fazia, eu fazia tudo. Não posso fazer nada porque... [pausa], mas vontade eu tenho.” (P2)

“Eu tomo banho, me visto, tudo só. Agora eu não posso varrer a casa, o médico mesmo aconselhou, por causa desse problema nas minhas costas [fibromialgia]. Aí não posso varrer casa, lavar banheiro, só lavar prato, agora se eu lavar 10 pratos já começa aquele incômodo nas minhas costas. Sempre preciso de uma pessoa, tem que pagar. Meu salarinho eu pago a ela [diarista].” (P5)

“Não, tomo não [banho sozinha]. Eu conseguia só, mas depois que essa perna estourou eu não consigo, não cozinho.” (P29)

“Já estou precisando de ajuda para vestir a calça, a cueca às vezes tem que ser com ela [esposa] e eu me obro todo. É uma coisa triste da minha vida, sabe minha filha!? Eu agradeço a Deus pela minha vida, mas tem momento que eu me desespere, me

desengano. [...] Para me sentar, me levantar, muitas vezes preciso de ajuda. Eu não me sento em canto baixo, porque se eu me sentar eu não me levanto.” (P30)

Aproximando-se dos resultados obtidos neste estudo, em Brito (2023) a maior parte dos idosos apresentou nível baixo de escolaridade e eram aposentados. Nível educacional diminuído e condições econômicas inadequadas associam-se à maior ocorrência de comprometimento cognitivo. Pode relacionar-se ao baixo acesso a estímulos, assim como entraves no acesso aos serviços de saúde, alimentação imprópria, e falta de atividade física, resultando em menor quantidade de preservação cognitiva durante o processo de envelhecimento (BRIGOLA *et al.*, 2015; IKEDA *et al.*, 2019).

Silva *et al.* (2022) também constatou que nível mais alto de escolaridade tem correlação com maior senso de controle/autonomia. Segundo Curtis (2018) a escolaridade aumenta o acesso a informações, possibilidades e renda para realização das atividades sociais fora do âmbito domiciliar, do mesmo modo que traz benefícios para o alcance de confiança nas próprias capacidades. Medidas para controle/autonomia estão associadas com a preservação da relação social em todos os níveis, seguindo a literatura que ampara esse recurso como um importante meio de promoção para o desempenho social.

Observa-se, então, que a autonomia pessoal atravessa diversos aspectos da pessoa idosa, englobando o âmbito físico, psíquico e social. Dessa maneira, a implementação de políticas públicas que colaborem com o acesso à saúde, educação e bem-estar social é imprescindível. Tais políticas precisam objetivar o protagonismo dos anciãos, a partir da incorporação destes em sua comunidade ou sociedade, assim como por meio da promoção da capacidade de decidir de forma ativa, o que resulta em melhorias na qualidade de vida dessa população (GOMES *et al.*, 2021).

Ao avaliar as necessidades relacionadas ao Lazer/recreação e Autoestima/autoimagem, evidenciou-se que tanto homens quanto mulheres apresentaram essas necessidades durante a consulta. Sousa (2009) considera que pessoas do gênero masculino e feminino sofrem alteração na autoestima de formas distintas durante a velhice. Segundo a autora, a partir da visão de uma sociedade ainda machista, os homens que vivenciam a perda de poder e autonomia e mudanças do ambiente de trabalho pelo ambiente de sua residência destinam-se a diminuir a autoestima. Por outro lado, mulheres que durante a vida, viveram com a submissão e os costumes domésticos, experienciam autonomia e liberdade a partir da aposentadoria e da viuvez.

5.4 Necessidades Psicoespirituais

As necessidades psicoespirituais são definidas pela busca do homem em compreender a sua vivência de forma que não se explica na ciência, supera e transcende os limites de seus conhecimentos (HORTA 2011).

Partindo desse princípio, a espiritualidade é apontada como uma valiosa ferramenta para enfrentar as adversidades e conferir significados à vida, com oferta de esperança, fé e motivação. Os recursos espirituais mostram-se mais exteriorizados com o avançar da idade, por oferecer apoio e força às mudanças biológicas, psicológicas e sociais relacionadas ao processo de envelhecimento (SOUZA *et al.*, 2017).

Em conformidade com Souza *et al.* (2017), a espiritualidade foi expressa neste estudo por maior parte dos idosos entrevistados, evidenciando assim, a importância das necessidades psicoespirituais para a saúde do idoso de acordo com as falas subsequentes:

“Eu me sinto feliz! Muito feliz! Quando a gente está com um pouquinho de problema, mas quando eu vou para igreja e volto eu sinto que aquele peso saiu, aquela angústia saiu, aí me sinto feliz. Antes eu ia mais, mas agora eu não vou [para igreja]. Diminuí um pouco por causa das pernas.” (P1)

“Só Ele mesmo no céu e na terra por nós. A gente pede saúde a Ele, ele quem dá saúde, só ele e mais ninguém. A gente vai esperar o quê, né!? o idoso vai cada dia abaixando, né? O jovem não, o jovem fica ali e o idoso vai caindo.” (P9)

“Ah, eu me sinto feliz conversando com Deus e Nossa Senhora, meu amigo e minha amiga que está ali comigo, só quero esses dois, porque espírito comigo só espírito de fé, meu Pai e minha Mãe que não me abandona, só eles dois.” (P20)

“Com Deus? 100%, eu morri, morri sete horas da manhã, voltei no outro dia onze da noite, e eu vi, eu fui em uns cantos e eu vi um bocado de coisa, um campo verde grande e muita criança perto de mim. Depois, no outro dia, eu voltei, e vi uma coisa passando aqui no peito. Aí eu fui botar a mão, a mão estava amarrada, aí eu fui a outra, estava amarrada. Aí eu ouvi o médico dizer “tá reagindo, chegou sangue”, aí trouxeram não sei o quê, aí eu estava com um negócio aqui, mas aqui por baixo eu vi, aqui desse lado botaram uma agulha grossa aqui no lado direito do peito.” (P26)

“Minha filha, não posso tirar ele [Deus] da boca, nem do meu coração. É a minha alegria e a minha esperança. É o Senhor Jesus Cristo [canta música cristã]. Eu gosto demais, eu gosto demais! [...] Tenho maior prazer quando Jesus me chamar, eu quero ir subindo Senhor, não de cara feia, eu gosto de um Deus vivo todo poderoso, o dono da minha alma. Então eu tenho que ter o maior respeito, maior consideração, maior amor, maior carinho, né!?” (P30)

Desse modo, a religiosidade e a espiritualidade são capazes de cooperar para a saúde e bem-estar dos idosos, e resulta de forma positiva na saúde física, mental e social dessa população, e podem ser instrumentos oportunos para o envelhecimento saudável (LUCCHETTI, 2013).

Em congruência com o resultado deste estudo, Okuno e colaboradores (2022) afirmam que quanto maior a experiência espiritual, melhor o envolvimento social avaliado pela Escala de Satisfação com a Vida utilizada em seu estudo. Souza *et al.* (2022), refere que a espiritualidade e o apoio social dos idosos avaliados foram elevados e manifestaram-se com uma ligação positiva, de modo que, quanto maior a espiritualidade, maior o apoio social. Para Abdala *et al.* (2015) a prática religiosa/espiritual e as crenças pessoais estão associadas à melhor qualidade de vida física, mental e social.

Ademais, há estudos que abordam a influência positiva das crenças espirituais sobre as crenças de saúde, onde os indivíduos com maior espiritualidade tendem ao maior autocuidado, convivem melhor com os agravos à saúde e buscam mais por tratamento de saúde; e confere a melhora da saúde às forças espirituais (ALVAREZ *et al.*, 2016; ROCHA, 2011).

Apesar das contribuições destacadas sobre a influência da espiritualidade na melhoria da qualidade de vida do homem, essa ferramenta é desconsiderada com frequência por profissionais de saúde, que não estima a fundamental atuação da religiosidade e espiritualidade na vida, saúde e qualidade de vida do indivíduo, em especial dos idosos (MOLINA *et al.*, 2020).

Com isso, ressalta-se a importância de fazer perceber a espiritualidade como aspecto relevante na saúde da pessoa idosa e a partir disso, envolver diversos atores sociais como os familiares, amigos, grupos religiosos e os próprios profissionais de saúde nessa construção. Com isso, permite-se um olhar holístico na compreensão da atenção integral, o que favorece maior bem-estar, qualidade de vida e o auxilia no enfrentamento das dificuldades (SOUZA, 2022).

5.5 Principais Diagnósticos de Enfermagem

A partir da realização das consultas de enfermagem elaborou-se, com base na CIPE®, uma lista de diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades humanas básicas, utilizados por enfermeiros no processo de aplicação da TNHB, conforme Quadro 4.

Elegeu-se a utilização da CIPE® por tratar-se da taxonomia utilizada dentro da Universidade Federal a qual o Programa de Pós-Graduação está inserido. Optou-se por realizar um catálogo de diagnósticos de enfermagem encontrados durante a implementação da consulta de enfermagem no bojo da pesquisa-cuidado, não associando a uma única necessidade humana básica na perspectiva de Wanda Horta, visto que o ser humano deve ser considerado e cuidado em sua integralidade.

Quadro 4- Lista de diagnósticos e Intervenções de Enfermagem com base na CIPE® a serem utilizados na aplicação da TNHb de Wanda Horta. Maceió, Alagoas, 2023.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
10029414	Dispneia Funcional	10036786	Obter Dados sobre Condição Respiratória
10029873 10006604	Ingestão de Líquidos, Prejudicada em Idoso	10039245	Medir (ou Verificar) Ingestão de Líquidos
10022129	Não Adesão ao Regime de Líquidos	10037269	Auxiliar na Ingestão de Alimentos ou Líquidos
10038363	Suprimento de Água, Inadequado	10037932	Obter Dados sobre Suprimento de Água
10025519	Ingestão Nutricional Baixa, Prejudicada	10002694	Obter Dados sobre Atitude em Relação à Condição Nutricional
10025686 10006604	Incontinência Urinária em Idoso	10031879 10006604	Gerenciar Incontinência Urinária em Idoso
10001359	Função do Sistema Urinário, Prejudicada	10036499	Obter Dados sobre Condição Urinária
10029915	Infecção do Trato Urinário	10023888	Gerenciar Regime Medicamentoso
10027226	Sono, Prejudicado	10036764	Obter Dados sobre Sono
10030163	Adesão ao Regime de Exercício Físico	10023890	Gerenciar Regime de Exercício Físico
10023614	Atitude em Relação ao Exercício Físico, Conflituosa	10024251	Obter Dados sobre Comportamento de Exercício Físico
0022603	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Prejudicada	10040125	Orientar sobre Exercício Físico
10022657	Não Adesão ao Regime de Exercício Físico	10041628	Promover Adesão ao Regime de Exercício Físico
10001288 10006604	Desempenho Sexual, Prejudicado em Idoso	10038022 10006604	Obter Dados sobre Comportamento Sexual em Idoso
10040230	Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Queda em Idoso	10040248	Demonstrar Prevenção de Quedas em Idoso

10006604		10006604	
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
10038521 10006604	Risco de Lesão por Queda em Idoso	10040269 10006604	Orientar Família sobre Prevenção de Queda em Idoso
10015122 10006604	Risco de Queda em Idoso	10037442 10006604	Monitorar Risco de Queda em Idoso
10001046 10006604	Marcha (Caminhada), Prejudicada em Idoso	10038917 10006604	Obter Dados sobre Capacidade para Andar (Caminhar) em Idoso
10001219	Mobilidade, Prejudicada	10036452	Fazer Progredir (ou Promover) a Mobilidade
10001203	Memória, Prejudicada	10024673	Orientar Técnica de Memória
10022456	Atitude Familiar, Conflituosa	10032068	Monitorar Enfrentamento Familiar, Prejudicado
10022473	Falta de Apoio Familiar	10036078	Promover Apoio Familiar
10035904 10006604	Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado do idoso	10036066 10006604	Promover Comunicação Familiar do idoso, Eficaz
10040351	Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Prejudicada	10015801	Promover Capacidade para Executar Atividade de Lazer
10040367	Capaz de Executar Atividade de Lazer	10012242	Motivar Capacidade para Executar Atividade de Lazer
10022724	Autoimagem, Negativa	10027080	Obter Dados sobre Autoimagem
10029507 10006604	Baixa Autoestima no Idoso	10024455 10006604	Promover Autoestima no Idoso
10000987	Capacidade para Executar a Higiene, Prejudicada	10037909	Obter Dados sobre Padrão de Higiene
10025714	Capaz de Executar o Autocuidado	10045014	Orientar sobre Autocuidado

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
10023410	Déficit de Autocuidado	10035763	Auxiliar no Autocuidado
10028529	Condição Espiritual, Eficaz	10024591	Apoiar Ritos Espirituais

Fonte: elaborado pela autora. Maceió, Alagoas, 2023.

Com o objetivo de implementar a SAE e o PE na AB no município de Maceió- AL, desenvolveu-se um manual de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na linguagem da CIPE para a AB (SILVA, 2021). A partir disso, notou-se uma associação entre os diagnósticos mais comuns elencados no manual com os apresentados neste estudo, o que fortalece as evidências científicas apresentadas nesta pesquisa.

Revela-se ainda que aplicação do PE vai além da realização das cinco etapas (coleta de dados; DE; planejamento, prescrição de enfermagem e avaliação de enfermagem), relaciona-se com a incorporação da identidade profissional frente a tomada de decisão clínica (CARDOSO, 2022). A partir de sua execução baseada em uma teoria, como a de Wanda Horta, favorece a sistematização e qualificação do cuidado de enfermagem, além de permitir a comparação de dados de enfermagem entre distintas populações e contextos clínicos; projeta tendências na prestação do cuidado, assegurando recursos aos pacientes segundo suas necessidades. Ademais, estimula a investigação em enfermagem e proporciona dados sobre a sua prática para influir na elaboração das políticas de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo analisar a aplicação da Teoria das NHB de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária, a partir da realização de uma pesquisa-cuidado, com a finalidade de responder à seguinte questão norteadora: A TNHB de Wanda Horta configura-se como uma possibilidade de reorientação da prática de enfermagem no cuidado ao idoso?

Empregando o PE como instrumento para a aplicação da TNHB, verificou-se que a primeira fase, correspondente a coleta de dados ou histórico de enfermagem, iniciou-se com uma análise referente às informações dos participantes (primeiro componente da TNHB), com capacidade de, neste momento, identificar hábitos relacionados aos padrões das necessidades psicobiológicas, como: oxigenação, hidratação e hábitos alimentares; eliminação; sono e repouso; atividades físicas e sexualidade. Também foram identificadas as necessidades psicossociais, como: amor e aceitação; autoimagem; autoestima e autonomia; e as necessidades psicoespirituais a partir de dados sobre religião e filosofia de vida. A partir de então foi possível elencar as principais necessidades, e principiou-se a fase de elaboração dos diagnósticos de enfermagem (segundo componente da Teoria de Horta).

Essas duas fases iniciais foram subsídio para a terceira fase do PE, o planejamento (terceiro componente da TNHB), que permite executar uma assistência de enfermagem de forma individualizada, levando em consideração a singularidade de cada idoso, respeitando sua autonomia e aptidão para participar do plano de cuidados/prescrição de enfermagem (quarto componente da TNHB).

Durante a implementação, quarta fase do PE, a realização do levantamento de dados e a determinação de novos diagnósticos de enfermagem eram habituais, pois, essas fases, permitem investigar sobre as demandas momentâneas e preferenciais da pessoa assistida. A realização da última fase do PE, que se refere à avaliação das necessidades humanas básicas elencadas, ocorreu de forma simultânea à implementação do plano de ação, constatando que o PE não é estático, mas parte de um processo contínuo, onde avaliar possibilita detectar a necessidade de possíveis ajustes ao longo do processo.

Diante disso, é possível afirmar que a natureza dinâmica do PE possibilita a aplicação da TNHB no cuidado ao idoso na atenção primária, viabilizando o levantamento de dados, a elaboração dos diagnósticos, o planejamento, a intervenção e a avaliação das NHB da pessoa idosa durante a consulta de enfermagem.

Com base na avaliação final da aplicação da TNHB de Wanda Horta no cuidado ao idoso, identificou-se que, apesar dos fatores pessoais e situacionais, foi possível observar o cuidado ao idoso de forma holística e integral baseando-se em suas necessidades, o que demonstra que este modelo teórico se configura como uma possibilidade de reorientação da prática assistencial de enfermagem no cuidado ao idoso na atenção primária.

Com relação às limitações encontradas neste estudo, pode-se mencionar a seleção de participantes de uma única equipe da ESF da UDA. Apesar de ter sido observada a saturação dos dados, a UDA contempla duas equipes da ESF e o número de idosos consultados representa apenas uma das equipes, o que impossibilita a obtenção de uma melhor representação das pessoas idosas que residem em toda área adscrita da UDA.

Ressalta-se, ainda, a relevância de aplicar uma teoria de enfermagem no cuidado direto ao idoso, para a valorização da profissão de maneira científica, pois promove a construção de uma assistência embasada em um modelo com evidência, mais sólido, crítica e reflexivamente.

Espera-se, com isso, que os enfermeiros conciliem essa fundamentação com sua prática assistencial, visto a importância das necessidades básicas para a vida da pessoa idosa, assim como a viabilidade de uma consulta de enfermagem fundamentada em um modelo teórico.

Nesse sentido, a conjunção entre as ações do cuidado de enfermagem e a teoria de Wanda Horta evidenciou a capacidade transformadora da atuação do enfermeiro no cuidado ao idoso na atenção primária, mais do que ações e técnicas pré-estabelecidas, mas com vistas ao cuidado integral da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G.A. *et al.* Religiousness and health-related quality of life of older adults. **Rev Saúde Pública** [Internet]. v. 49, n. 55, 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005416.
- ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**. v. 61. n. 1. p. 37-49, 2003. DOI: 10.1016/s0090-4295(02)02243-4.
- ACIOLI, S. *et al.* Care practices: the role of nurses in primary health care. **Rev. enferm. UERJ**. v. 22. n. 5. p. 637-642, 2014. DOI: 10.12957/reuerj.2014.12338.
- AGUIAR, R.B. *et al.* Elderly people living with HIV-behavior and knowledge about sexuality: an integrative review. **Cien Saude Colet**. v. 25. n. 2. p. 575-84, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.12052018.
- AIBAR-ALMAZÁN, A. *et al.* Effects of Pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. **Maturitas**. v. 124. p. 62–67, 2019. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.03.019.
- ALVARENGA, M.R.M. *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet**. v. 16. n. 5. p. 2603-11, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000500030.
- ALVAREZ, J.S. *et al.* Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol** [Internet]. v. 106. n. 6. p. 491-501, 2016. DOI: 10.5935/abc.20160076.
- ALVES, A.F.M.O. *et al.* Fatores relacionados à autopercepção sobre o envelhecimento de idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção ao Idoso. **Saud Pesq**. v. 15. n. 4, 2022. DOI: 10.17765/2176-9206.2022v15n4.e10957.
- AMEZCUA, M. Ten Theses for a visible Nursing History. **Index Enferm**. v. 24. n. 4. p. 199-201, 2015. DOI: 10.4321/S1132-12962015000300002.
- ANDRADE, B.B. *et al.* **Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem**. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. v. 12, n. 1, p. 77-82, 2008.
- ANDRADE, S.C.V. *et al.* Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of São Paulo. **Einstein** (São Paulo). v. 18, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5263.
- ARAÚJO, L. F. *et al.* A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. **Revista Psicologia em Pesquisa**. v. 12. n. 2. p. 14-23, 2018. DOI: <https://doi.org/10.24879/2018001200200130>.
- BARROS, T.A.F.; ASSUNÇÃO, A.L.A.; KABENGELE, D.C. Sexualidade na terceira idade: sentimentos vivenciados e aspectos influenciadores. **Cad Grad Rev Cienc Biol Saude** [Internet]. v. 6. n. 1. p. 47-62, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/6560>>.
- BELASCO, A.G.S.; OKUNO, M.F.P. Reality and challenges of ageing. **Rev Bras Enferm**. v.

72. p. 1-2, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167.2019-72 SUPL201.

BERNARDES, F.R. *et al.* Queixa subjetiva de memória e a relação com a fluência verbal em idosos ativos. **CoDAS**. v. 29. n. 3, 2017. DOI: 10.1590/2317-1782/20172016109.

BLACKMAN, J. *et al.* Pharmacological and non-pharmacological interventions to enhance sleep in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A systematic review. **J. Sleep Res.** v. 30, 2021. DOI: 10.1111/jsr.13229.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003 (BR) [Internet]. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19**; Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192p. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico].

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-naotransmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/@@download/file/relatorio_monitoramento_11_2021%20-%20plano%20de%20dant.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2015.

BRIGOLA, A.G. *et al.* Subjective memory complaints associated with depression and cognitive impairment in the elderly: A systematic review. **Dementia & neuropsychologia**, v. 9. n. 1. p. 51-57, 2015. DOI: 10.1590/S1980-57642015DN91000009.

BRITO, A.M.M. *et al.* Representações sociais do cuidado ao idoso e mapas de rede social Social. **Liberabit**. Lima, v. 23, n. 1, p. 9-22, 2017. DOI: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.01.

BRITO, G.S. *et al.* Vulnerabilidade clínico funcional de idosos usuários da atenção primária à saúde: estudo transversal. **O Mundo da Saúde**. v. 47. p. 079-088, 2023. DOI: 10.15343/0104-7809.202347079088P.

BROUWER-BROLSMA, E.M. Vitamin D and cognition in older adults: an update of recent findings. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**. v. 18 p. 11-16, 2015.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BURNS E.R.; STEVENS, J.A.; LEE R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults-United States. **J Safety Res**. v. 58. p. 99-103, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>.

CAMARANO, A.A. **Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isto?** In: CAMARANO, A.A. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea; 2014. p. 605-623.

CANÊDO, A.C.; LOPES, C.S.; LOURENÇO, R.A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatr Gerontol Int**. v.18, n. 8, p. 1280-1285, 2018. DOI: 10.1111/ggi.13334.

CARDOSO, J.D.C. *et al.* Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. **Rev Gauch Enferm**. v. 35. n. 4. p. 35-41, 2014. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.04.46916.

CARDOSO, R.B.; CALDAS, C.P. A importância da ciência normal para a consolidação do processo de enfermagem. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** . v. 14,

2022. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10796.

CARMEN, A.C.M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. **Rev Cubana Enfermer**. v. 20. n. 3, 2004. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009. Acesso em: 22 nov. 2022.

CARVALHO, J.C. *et al.* Imagem corporal em mulheres idosas e fatores associados. **Medicina (Ribeirão)**. v. 55. n. 1, 2022. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.179823.

CECCON, R.F. *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 26. n. 01, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30352020.

CHA, Y.J. Correlation between Leisure Activity Time and Life Satisfaction: Based on KOSTAT Time Use Survey Data. **Occup Ther Int**. v. 2018. n. 2. p. 1-9, 2018. DOI: 10.1155/2018/5154819.

CHANES, M. **Descomplicando as teorias de Enfermagem: um guia prático para entender e utilizar as teorias de Enfermagem**. São Paulo: Andreoli. 260 p, 2020.

COELHO, E.J.N.; FAGUNDES, T.F. **Imagem Corporal de Mulheres de diferentes classes econômicas**. Motriz, Rio Claro. v. 13. n. 2. p. 37-43, 2007.

CIPE- Conselho Internacional de Enfermeiros. Cipe Versão 1- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 1.0. São Paulo: Algor Editora, 2007.

COELHO, L. P.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, e280404, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/CbfBzxx3MZZf6TGyYgMhbkc/?lang=pt>>

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução no 358/2009, 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, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>.

CURTIS, R.G.; HUXHOLD, O.; WINDSOR, T.D. Perceived control and social activity in midlife and older age: A reciprocal association? Findings from the German Ageing Survey. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**. v. 73. n. 5, 2018. DOI: 10.1093/geronb/gbw070.

DALGLEISH, T. *et al.* **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. In: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Organização Mundial de Saúde, 2015.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. **Bronquite crônica causa 40 mil mortes a cada ano, revela dados do DATASUS** [Internet]. 2017. Disponível em:

<<https://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/564-bronquite-/cronica-causa-40-mil-mortes-acada-ano-revela-dados-do-datasus>>.

DONOSO, M.T.V.; WIGGERS, E. Discorrendo sobre os períodos pré e pós florence

nightingale: a enfermagem e sua historicidade. **Enferm. foco (Brasília)**. v. 11. n. 1. p. 58-61, 2020. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567/803>>

DUARTE GP. *et al.* Relationship of falls among the elderly and frailty components. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21. ed. 180017, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180017>.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. In: Eliopoulos C. Modificações comununs do envelhecimento. Porto Alegre: Artmed. p. 74-94, 2005.

ENGELS, F. **La situación de la clase obrera en Inglaterra (1844)**. La Habana: Editora Política, 1963.

FAVERO, S.R. *et al.* Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. **Distúrb Comum** [Internet]. v. 29. n. 4. p. 654-62, 2017. DOI: 10.23925/2176-2724.2017v29i4p654-662.

FERMINO, R.C.; PEZZINI, M.R.; REIS, R.S. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. **Rev Bras Med Esporte**. v. 16. n. 1. p. 18-23, 2010. DOI: 10.1590/S1517-86922010000100003.

FERNANDES, M.C. *et al.* Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71. n. 1. p. 142-7, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0382.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FERREIRA, L.O.; SALLES, R.B.B. A origem social da enfermeira padrão: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. **OpenEdition journals**, 2019. DOI: 10.4000/nuevomundo.77966.

FERSTER, M.L. *et al.* Benchmarking Real-Time Algorithms for In-Phase Auditory Stimulation of Low Amplitude Slow Waves with Wearable EEG Devices during Sleep. **IEEE Trans. Biomed. Eng.** v. 69. p. 2916–2925, 2022. DOI: 10.1109/TBME.2022.3157468.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, M. G. B.; Turato, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.1, 17-27, 2008.

FREITAS, M. A.; COSTA, N. P.; ALVAREZ, A. M. O enfermeiro no cuidado à pessoa idosa: construção do vínculo na atenção primária à saúde. **Ciência, Cuidado & Saúde**. v. 21, ed. 59911, 2022. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v21i0.59911.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: versão 2015**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2019/2020**. Porto Alegre: Artmed; 2020.

GARCIA, T. R.; CUBAS, M.R. **Diagnósticos, Intervenções e resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

- GARDONA, R.G.B.; BARBOSA, D.A. Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 71. n. 4. p. 1921-2, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2018710401.
- GEZEN-AK, D; YILMAZER, S; DURSUN, E. Why vitamin D in Alzheimer's disease? The hypothesis. **J Alzheimers Dis.** v. 40. n. 2. p. 257-269, 2014. DOI: 10.3233/JAD-131970.
- GOMES, G.C. *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 26. n. 3, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.08222019.
- GONÇALVES, I.C.M. *et al.* Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. **Rev. bras. epidemiol.** v. 25, 2022. DOI: 10.1590/1980-549720220031.2.
- GONÇALVES, J.V. Wanda de Aguiar Horta Biografia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 22. p. 3-13, 1988. DOI: 0.1590/0080-62341988022ESP00003.
- GU, HJ.; LEE, O.S. Effects of Non-Pharmacological Sleep Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int J Environ Res Public Health.** v. 20. n. 4, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20043101.
- GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H.I. **Concepções sobre a saúde e a doença.** In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI JUNIOR, L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Eduel. p. 22-8, 2001.
- HADDAD, V.C.N.; SANTOS, T.C.F. The environmental theory by Florence Nightingale in the teaching of the nursing school Anna Nery (1962 - 1968). **Esc Anna Nery** [Internet]. v. 15. n. 4. p. 755-61, 2011. DOI: 10.1590/S1414-81452011000400014.
- HAI, S. *et al.* Occurrence and risk factors of MCI in the older. **Int J Geriatr Psychiatry.** v. 27. N. 7. P. 703-708, 2012. DOI: 10.1002/gps.2768.
- HEATH, H. Sexuality and sexual intimacy in later life. **Nurs Older People.** v. 31. n. 1. p. 40-8, 2019. DOI: 10.7748/nop.2019.e1102 PMid:31468922.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997. Parte 1.
- HERNÁNDEZ, F.J.B. *et al.* El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. **Chía Colombia.** v. 9. n. 2. p. 127-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>.
- HIRSCH, E. **Médecine et éthique.** Paris. p. 52, 1990.
- HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev Bras Enferm.** v. 62. n. 1. p. 51-56, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/cJJ5GzMRSCtSfbnnhqYZhq/?format=pdf&lang=pt>>.
- HOUAISS, A.; SALLES, V.M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. esc. enferm. U.** v. 8. n. 1, 1974. DOI: 10.1590/0080-6234197400800100007.
- HORTA, W.A. Nursing consultation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 9. n. 3.

p. 53-57, 1975.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. [reimpressão] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem** / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. - São Paulo: EPU 1979 [16ª reimpressão] 2005. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo, 1979.

HUBERTY, J. *et al.* Can a meditation app help my sleep? A cross-sectional survey of Calm users. **PLoS ONE**. v. 16, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0257518.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Comunicação Social. **Em 2015, esperança de vida ao nascer era de 75,5 anos**. 2016. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=3324&t=2015-esperanca-vida-nascer-era-75-5-anos&view=noticia>> Acesso em: 25/01/2023.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. [on-line]. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>.

ICN- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Icnp® definition**. 2017a. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/definition-a-elements-of-icnpr/>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ICN- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice - ICNP®**. Versão 1.0. Geneva, Switzerland: ICN, 2005.

ICN- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Vision, goals & benefits of icnp®**. 2017b. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

IKEDA, T. *et al.* Income and education are associated with transitions in health status among community-dwelling older people in Japan: the JAGES cohort study. **Fam. Pract., London**, v. 18, n. 36, p. 713-722, 2019. DOI: 10.1093/fampra/cmz022.

JANG, M.J.; LIM, Y.M.; PARK, H.J. Effects of Auricular Acupressure on Joint Pain, Range of Motion, and Sleep in the Elderly with Knee Osteoarthritis. **J. Korean Acad. Community Health Nurs**. v. 30. p. 79–89, 2019. DOI: 10.12799/jkachn.2019.30.1.79.

JESUS, I.T.M. *et al.* Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v. 27. n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018004300016.

KESSLER, M. *et al.* Efeito da incontinência urinária na autopercepção negativa da saúde e depressão em idosos: uma coorte de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 27. n. 06, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022276.10462021.

KESSLER, M. *et al.* Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. **Rev Bras Geriatr e Gerontol**. v. 21. n. 4. p. 397-407, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180015.

KEOMMA, K. *et al.* O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. **RevKairos**, v. 21. n. 2. p. 135-153, 2018. DOI: 10.23925/2176-901X.2018v21i2p135-153.

KIM, H.J.; MIN, J.Y.; MIN, K.B. Successful aging and mortality risk: the Korean longitudinal study of aging (2006-2014). **JAMDA** [Internet]. v. 20. n. 8. p. 1013-20, 2019. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.12.010.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M.D.; MANTOVANI, M.D.F. **Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986**. Escola Anna Nery. v. 10. p. 478-486, 2006.

KRUG, R.D.R. *et al.* Sociodemographic, behavioral, and health factors associated with positive self-perceived health of long-lived elderly residents in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, 2018. DOI: 10.1590/1980-549720180004.

LANDEL, V. *et al.* Vitamin D. Cognition and Alzheimer's disease: the therapeutic benefit is in the D-Tails. **J Alzheimers Dis**. v.53. n. 2. p. 419-444, 2016.

LEAL, S.A. **Estado de saúde auto-percebido, índice de massa corporal e percepção da imagem corporal em utentes dos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009.

LEE, J.H.; PARK, H.J. The Effect of Auricular Acupressure on Sleep in Older Adults with Sleep Disorders. **J Korean Gerontol. Nurs**. v. 23. p. 117–128, 2021. DOI: 10.17079/jkgn.2021.23.2.117.

LEININGER, M.M. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofare, NJ: Charles B. Slack Inc, 1988.

LEININGER, M.M. **Culture care diversity and universality: theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LEININGER, M.M.; McFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ª ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEOPARDI, M.T. **Teoria em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIMA, A.M.N. *et al.* Independência funcional e o estado confusional de pessoas sujeitas a programa de reabilitação. **J Health NPEPS**. v. 5. n. 2. p. 145-60, 2020. DOI: 0.30681/252610104440.

LIMA, C.C.; NOGUEIRA, D.M.; FIORINI, A.C. Autopercepção e condições de saúde de uma população assistida em um programa acompanhante de idoso do município de São Paulo. **Distúrb Comun**, São Paulo. v. 34. n. 1, 2022. DOI: 10.23925/2176-2724.2022v34i1e52506.

LIM, Y.M. *et al.* Urinary incontinence is strongly associated with depression in middle-aged and older Korean women: data from the Korean longitudinal study of ageing. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. v. 220. p. 69-73, 2018. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.11.017.

LINDEMANN, I.L.; REIS, N.R.; MINTEM, G.C. Autopercepção da saúde entre adultos e

idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **CienSaudeColet**. v. 24. n. 1. p. 45-52, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018241.34932016.

LOVATO, N.; MICIC, G.; LACK, L. Sleep misestimation among older adults suffering from insomnia with short and normal objective sleep duration and the effects of cognitive behavior therapy. **Sleep**. v. 44, 2021. DOI: 10.1093/sleep/zsaa250.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A.L.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Med J** [Internet]. v. 131. n. 2. p. 112-22, 2013. DOI: 10.1590/S1516-31802013000100022.

LUNSFORD-AVERY, J.R. *et al.* Validation of the Sleep Regularity Index in Older Adults and Associations with Cardiometabolic Risk. **Sci. Rep.** v. 8, 2018. DOI: 10.1038/s41598-018-32402-5.

LYNAUGH, J. **Nursing's history: looking backward and seeing forward.** In: BAER E.D. *et al.* **Enduring issues in American Nursing.** New York: Springer Publishing. p. 10-24, 2002.

MAIA, A.R.; VAGHETTI, H.H. **O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico.** In: SOUSA, F.G.M.; KOERICH, M.S. **Cuidar-cuidado: reflexões contemporâneas.** Florianópolis: Papa-Livro. p.15-33, 2008.

MACHADO, D.C.; SUDO, N.; PINTO, A.H.G. Imagem corporal de idosas que residem em uma instituição de longa permanência de Porto Alegre-RS. **CERES**. v. 5. n. 3. p. 139-148, 2010. Disponível: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/ceres/article/view/1944/1506>>.

MACHADO, D.Q. *et al.* El modelo metodológico cuádrupolar en investigaciones cualitativas em las ciencias sociales. **Caderno de Estudos Sociais**. v. 34. n. 1, 2019. DOI: 10.33148/CES2595-4091.

MACRI, M.R.B. *et al.* Clinical and fiberoptic endoscopic assessment of swallowing in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Int Arch Otorhinolaryngol**. [Internet]. v. 17. n. 3. p. 274-8, 2013. DOI: 10.7162/S1809-97772013000300007.

MANOUSAKIS, J.E. *et al.* Associations between sleep and verbal memory in subjective cognitive decline: A role for semantic clustering. **Neurobiol. Learn. Mem.** v. 166, 2019. DOI: 10.1016/j.nlm.2019.107086.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas de Enfermagem.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 590p, 2016.

MEDEIROS, A.B.A.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C. The Florence Nightingale's environmental theory: a critical analysis. **Esc Anna Nery** [Internet]. v. 19. n. 3. p. 518-24, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150069.

MEDEIROS, A. L. **Uso da Tecnologia da Informação Móvel e Sem Fio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Obstétrica.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2016. Disponível em:

<https://sigarq.ufpb.br/arquivos/20162010386a8e357579e8028bfa30fd/TESE__ANA_LCIA_DE_MEDEIROS.pdf>.

MEDINA, J.J.C.; GARCÍA, E. R. Concepción y práctica del cuidado de enfermería en los servicios de salud de I y II nivel. **Sciêndo**. v. 22. n. 3. p. 229-240, 2019. DOI: 10.17268/sciando.2019.030.

MENESES, A.L.L.; SÁ, M.L.B. Pharmaceutical care of the elderly: basis and proposals. **Geriatr Gerontol Aging**. v. 4. n. 3. p. 154-61, 2010. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v4n3a07.pdf>>.

MILLER J.W. *et al.* Vitamin D status and rates of cognitive decline in a multiethnic cohort of older adults. **JAMA Neurol**. v. 72. n. 11. p. 1295-1303, 2015. DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.2115.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17. n. 3, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007.

MINAYO, M.C.S. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: Por uma política necessária e urgente. **Cien Saude Colet**. v. 26. n. 1. p. 7-16, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30872020.

MINAYO, M.C.S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais 60: estud Envelhec** [Internet]. v. 25. n. 60. p. 10-27, 2014. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf>

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec. 393p, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes Limitada, 2011.

MOLINA, N.P.F.M. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. **enferm**. v. 29, 2020. DOI: 1590/1980-265X-TCE-2018-0468.

MONTEIRO, Y.C.M. *et al.* Trend of fall-related mortality among the elderly. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-006915.

MORAIS, Y.J.G.A. *et al.* Necessidades de locomoção e cuidado corporal associados à incapacidade funcional de idosos: diagnósticos de enfermagem Cipe®. **Cogitare enferm.**, Curitiba. v. 26, 2021. DOI: 10.5380/ce.v26i0.75913.

MORENO, C.R.D.C. *et al.* Sleep disturbances in older adults are associated to female sex, pain and urinary incontinence. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21(Supl. 2), 2019. DOI: 10.1590/1980-549720180018.supl.2.

MOURA, J.W.S. *et al.* Marcos de visibilidade da enfermagem na era contemporânea: uma reflexão à luz de Wanda Horta. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. v. 96. n. 39, 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.39-art.1450.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: Qué es y qué no es.** Barcelona, España: Editorial Salvat. p. 1-138, 1990.

NÓBREGA, M.M.L.; BARROS, A.L.B.L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 54. n. 1. p. 74-80, 2001. DOI: 10.1590/S0034-71672001000100009 5.

NÓBREGA, M. P. *et al.* Importance of families in nursing care for people with mental disorders: Atitudes of Portuguese and Brazilian nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 54. ed. 03594, 2020. DOI: 10.1590/s1980-220x2018045603594.

OKUNO, M.F.P. *et al.* Religious/spiritual experiences, quality of life and satisfaction with life of hospitalized octogenarians. **Rev Bras Enferm.** v. 75. n. 1, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1099.

OLIVEIRA, D. *et al.* Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. **Psicol Saúde Doenças.** v. 20. n. 3. p. 803-12, 2019. DOI: 10.15309/19psd200319.

OLIVEIRA, D.V. Atividade física e comportamento sedentário em idosos de grupos sociais: existe diferença em razão do risco de sarcopenia? **Saud Pesq.** v. 15. n. 2, 2022. DOI: 10.17765/21769206.2022v15n2.e10416.

OLIVEIRA, N.M. *et al.* Satisfação pessoal e atividades de lazer em idosos acompanhados ambulatorialmente. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. v. 23, 2021. DOI: 10.5216/ree.v23.66826.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active aging: towards age-friendly primary health care.** Geneva, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>>.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on ageing and health. Geneva, 2015.** Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>.

OVERMAN, M.J. *et al.* Evaluation of cognitive subdomains, 25- hydroxyvitamin D, and 1,25-dihydroxyvitamin D in the European Male Ageing Study. **Eur J Nutr.** v. 56. n. 6. p. 2093-2103, 2016. DOI: 10.1007/s00394-016-1247-4.

PAIVA, M.M.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 26. n. Supl 3. p. 5099-108, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.29902019.

PELLEGRINO, E. **The caring ethics.** In: BISHOP, A.H.; SCUDER, J.R. *Caring, curing, coping: nurse, physician, patient relationships.* Tuscaloosa: University of Alabama Press. p. 12-13, 1985.

PIMENTA, C.J.L. *et al.* Prevalence of falls in elderly people treated in a comprehensive care center. **REME-Rev Min Enferm.** v. 21, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170055.

RABELO, D.F.; ROCHA, N.M.F.D. Clima familiar e autopercepção de saúde de idosos(as) / Family climate and self-health care of elderly / Clima familiar y autopercepción de salud de

idosos. **Psico (Porto Alegre)**. v. 51. n. 4, 2020. DOI: 10.15448/1980-8623.2020.4.34091.

RAMALHO NETO, J.M. *et al.* Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. **Rev Bras Enferm**. v. 69. n. 1. p. 174-81, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690123i.

RIBEIRO, O.C.F. *et al.* Os impactos da pandemia da covid-19 no lazer de adultos e idosos. **Licere (Online)**. v. 23. n. 3. p. 391-428, 2020. DOI: 10.35699/2447-6218.2020.25456.

ROCHA, M.P.; VIEBIG, R.F.; LATTERZA, A.R. Imagem corporal em idosos: influências dos hábitos alimentares e da prática de atividade física. *Lecturas, Educación Física y Deportes*, **Revista Digital**. v. 15. n. 166, 2012. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd166/imagem-corporal-em-idosos-influencias.htm>>.

ROCHA, N.; FLECK, M.P.A. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. **Rev Psiq Clínica** [Internet]. v. 38. n. 1. p. 19-23, 2011. DOI: 10.1590/S0101-60832011000100005.

ROMANELLA, S.M. *et al.* The Sleep Side of Aging and Alzheimer's Disease. **Sleep Med**. v. 77. p. 209–225, 2021. DOI: 10.1016/j.sleep.2020.05.029.

ROSELLÓ, F.T. In: **Antropologia do cuidar**. Significados do cuidar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SALVIANO, M.E.M. *et al.* Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 69. n. 6. p. 1172-7, 2016.

SANTINI, Z.I. *et al.* Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. **Lancet Public Health**. v. 5. n. 1, 2020. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.

SANTOS, E.C.G. *et al.* **Processo de Enfermagem de Wanda Horta- Retrato da obra e reflexões**. Temperamentvm. v.15, 2019. Disponível em: <<https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12520/e12520>>.

SANTOS, C.S.; BESSA, T.A; XAVIER, A.J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25. n. 2, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.02042018.

SARAIVA, C.N.R. **Construção De Um Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pessoa Idosa com Depressão**. 2019. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional)) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

SARGENT-COX, K.A.; ANSTEY, K.; LUSZCZ, M.A. The Relationship Between Change in Self-Perceptions of Aging and Physical Functioning in Older Adults. **Psychology and Aging**. v. 27. n. 3. p. 750–60, 2012. DOI: 10.1037/a0027578.

SCHIENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, p. 1369-1380, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018244.01222019.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos**

cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia.v. 25. n. 4. p. 585-593, 2008.

SENA, C.A. *et al.* Representações Sociais sobre Esquecimento e Depressão por Pessoas Idosas: abordagem processual. **Enfermagem em Foco.** v. 11. n. 1, 2020. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2480.

SILVA, C.F.F. *et al.* Comparação dos aspectos da autoimagem e domínios da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de pilates em Curitiba, Paraná. **Fisioter. Pesqui.** v. 28. n. 2, 2021. DOI: 10.1590/1809-2950/20020528022021.

SILVA, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. Violência Contra Idosos na Família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicol Ciênc Prof** [Internet]. v. 36. n. 3. p. 637-52, 2016. DOI: 10.1590/1982-3703001462014.

SILVA, E.P.M. *et al.* Incontinência urinária, senso de controle e autonomia, e participação social em idosos residentes na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** V. 25. n. 5, 2022. DOI: 10.1590/1981-22562022025. 210207.pt.

SILVA, E.M.A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE- Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na linguagem CIPE para a Atenção Básica.** Secretaria Municipal de Saúde/Diretoria da Atenção Básica/Coordenação Geral de Atenção Básica. Maceió, Alagoas. 2021.

SILVA, F. G. *et al.* Attitudes of Elderly Women Regarding the Expression of Their Sexualit. **Aquichan.** v. 19, ed. 3, 2019. DOI: 0.5294/aqui.2019.19.3.4.

SILVA, L.G.C. *et al.* Perfil sociodemográfico de saúde e hábitos de vida de idosos na atenção primária à saúde. **Rev. Baiana de saúde pub.** v. 45. n. 4. p. 138-152, 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.

SINKOVIC, M.; TOWLER, L. Sexual aging: a systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. **Qual Health Res.** v. 29. n. 9. p. 1239-54, 2019. DOI: 10.1177/1049732318819834.

SNOW, A.L. *et al.* Enhancing sleep quality for nursing home residents with dementia: A pragmatic randomized controlled trial of an evidence-based frontline huddling program. **BMC Geriatr.** v. 21, 2021. DOI: 10.1186/s12877-021-02189-8.

SOUSA, I.L.P.S. *et al.* Quedas, medo de cair e capacidade funcional: panorama de idosos adscritos em uma unidade de saúde da família. Reme : **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte. v. 26, e-1421, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38542.

SOUSA, J.K.L.L. **Caiu na rede é jovem? O exercício do protagonismo idoso na internet no Brasil e na Espanha.** 2009. Tese de Doutorado- Instituto de Ciências Sociais/ UnB. Brasília, 2009.

SOUSA, M.G.C.; RUSSO, I.C.P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev da Soc Bras Fonoaudiol.** v. 14. n. 2. p. 241-6, 2009. DOI: 10.1590/S1516-80342009000200016.

SOUZA, C.L.M. *et al.* Rastreamento do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. **Disturb Comum** [Internet]. v. 32. n. 2. p. 277-84, 2020. DOI: 10.23925/2176-

2724.2020v32i2p277-284.

SOUZA, E. *et al.* Espiritualidade e apoio social de idosos residentes na comunidade. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa. v. 23. n. 1. p. 57-65, 2022. DOI: 10.15309/22psd230106.

SOUZA, É. N. *et al.* Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 26. n. 3, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017006780015.

SOUZA, J.F. *et al.* **Sistematização da assistência de enfermagem: avaliação da maturidade do conceito**. 2021. DOI: doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3344.

SOUZA, J.T.L. **Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde**. Mestrado profissional em saúde da família. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2021.

SOUZA JÚNIOR, E.V. *et al.* Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life?. **Rev Bras Enferm**. v. 75. n. 4 supl, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0388.

SOUZA JÚNIOR, E.V. *et al.* Sexuality as a factor associated with the quality of life of the elderly. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm**. v. 27, 2023. DOI: doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0228pt.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health**. **The Milbank Quarterly**. v. 83. n. 3. p. 457-502, 2005.

STOLT, L.R.O.G. *et al.* Increase in fall-related hospitalization, mortality, and lethality among older adults in Brazil. **Rev Saúde Pública**. v. 54. n. 76. p. 1-12, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001691.

STICKLEY, A.; SANTINI, Z.I.; KOYANAGI, A. Urinary incontinence, mental health and loneliness among community-dwelling older adults in Ireland. **BMC Urol**. v. 17. n. 1. p. 29, 2017. DOI: 10.1186/s12894-017-0214-6.

TAMANINI, J.T.N. *et al.* Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. **NeuroUrol Urodyn**. v. 30. n. 7. p. 1281-1285, 2011. DOI: 10.1002/nau.21040.

TARAGHI. *et al.* Comparison of the effect of aromatherapy with essential of Damask Rose and Citrus aurantium on the sleep quality of the elderly people. **J. Nurs. Midwifery Sci**. v. 8. p. 9–14, 2021. DOI: 10.4103/JNMS.JNMS_39_20.

TAVARES, D.M.S. *et al.* Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. **Ciêns Saúde Coletiva**. v. 21. n. 11, 2016. DOI: 10.1590/1413-812320152111.03032016.

TEIXEIRA, J.S. *et al.* Envelhecimento e Percepção Corporal de Idosos Institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 15. n. 1. p. 63-68, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/mQB7kkPZgbCtL8MSC6mRMLF/?format=pdf&lang=pt>>.

TRAEEN, B.; VILLAR, F. Sexual well-being is part of aging well. **Eur J Ageing**. v. 17. n. 2. p. 135-8, 2020. DOI: 10.1007/s10433-020-00551-0.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing (PMKT)**, Vol. 3, setembro, 2009. Disponível em:

<http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J.S.; PETROSKI, E.L. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. **Cien Saude Colet**. v. 15. n. 1. p. 31-38, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100008.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J.S.; PETROSKI, E.L. Fatores Associados à Inatividade Física em Mulheres Idosas em Comunidades de Baixa Renda. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11. n. 1. p. 39-49, 2008. Disponível em:

<<https://scielosp.org/article/rsap/2009.v11n1/39-49/>>.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLE, V.I.D. *et al.* Subjective and objective sleep quality in elderly individuals: The role of psychogeriatric evaluation. **Arch. Gerontol. Geriatr**. v. 76. p. 221–226, 2018. DOI: 10.1016/j.archger.2018.03.010.

VAUGHAN, C.P. *et al.* Considerations for integrated cognitive behavioural treatment for older adults with coexisting nocturia and insomnia. **Age Ageing**. v. 51, 2021. DOI: 10.1093/ageing/afac024.

VITORINO, L.M. *et al.* Fear of falling in older adults living at home: associated factors. **Rev Esc Enferm USP**. v. 51. p. 1-7, 2017. DOI: 10.1590/s1980-220x2016223703215.

VOISS, P. *et al.* Cancer, sleep problems, and mind-body medicine use: Results of the 2017 National Health Interview. **Survey. Cancer**. v. 125. p. 4490–4497, 2019.

WAHBEH, H.; NELSON, M. iRest Meditation for Older Adults with Depression Symptoms: A Pilot Study. **Int. J. Yoga Ther**. v. 29. p. 9–17, 2019. DOI: 10.17761/2019-00036.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre (RS). Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. Sudbury: National League for Nursing Press, 1999.

WEBER, M. *Essais sur la théorie de la science*. Tradução Julien Freund. Paris: Plon, 1965.

YILDIRIM, T.A.; KITIS, Y. The Effect of Aromatherapy Application on Cognitive Functions and Daytime Sleepiness in Older Adults Living in a Nursing Home. **Holist. Nurs. Pract**. v. 34. p. 83–90, 2020. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000371.

YOUNG, P. *et al.* Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. **Rev. méd**. v. 139. n. 6. p. 807-813, 2011. DOI: 10.4067/S0034-98872011000600017.

ZAGONEL I.P.S. *et al.* **PESQUISA – cuidado: da teoria à prática**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: de teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.).

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o conhecimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“A APLICAÇÃO DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**. A pesquisa está sob responsabilidade das pesquisadoras: Enfermeira Mariana Barbosa da Silva, mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Escola de Enfermagem (EENF-UFAL), orientada pela docente Prof.^a Dr.^a Laís de Miranda Crispim Costa (EENF/UFAL). A seguir estão as informações referente a sua participação neste projeto de pesquisa.

1. O estudo se destina a analisar a aplicação da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária.

2. A importância deste estudo se dá pela possibilidade de subsidiar os enfermeiros à prestação da assistência de forma holística, baseada nas necessidades humanas apresentadas pela pessoa idosa, além de ampliar o conhecimento acerca das Teorias de Enfermagem. Com isso, contribuirá para melhoria da assistência de enfermagem, o que refletirá diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa assistida.

3. Os resultados que se desejam alcançar são: espera-se que este estudo contribua para a produção de conhecimento acerca da aplicação do Processo de Enfermagem a partir da utilização de uma teoria de enfermagem. Além disso, que promova reflexão sobre o processo de trabalho em consideração à melhoria da assistência prestada e conseqüentemente da qualidade das consultas de enfermagem ofertadas. Ademais, aspira-se que os profissionais possam construir conhecimentos e estratégias relacionadas à assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária.

4. A coleta de dados acontecerá da seguinte forma: uma entrevista com roteiro semiestruturado, baseado na teoria de Wanda Horta, durante a primeira consulta de enfermagem realizada pela pesquisadora com cada participante. Para esta será utilizado um gravador de voz, para possibilitar a transcrição na íntegra e posterior análise. Também serão utilizados os registros advindos da aplicação do Processo de Enfermagem com cada participante. Todos os dados coletados serão transcritos e de posse exclusiva das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

5. Que o estudo se dará da seguinte maneira: o projeto de pesquisa inicialmente foi submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Alagoas (SMS) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A coleta só foi iniciada após apreciação ética e aprovação do projeto de pesquisa, de acordo com o aceite em participar voluntariamente do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em uma sala que resguarde a privacidade dos entrevistados, com garantia do sigilo dos dados e anonimato do participante, além da garantia de retirar-se do estudo a qualquer momento que julgar necessário. Aqueles que aceitarem participar da pesquisa assinarão as duas vias do TCLE, ficando uma via com o participante voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador.

6. A participação dos entrevistados será da seguinte forma: dentro da consulta de enfermagem, respondendo às perguntas sobre as necessidades humanas básicas individuais, realizadas pela enfermeira/entrevistadora.

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: possível constrangimento e desconforto durante a consulta em relação a: constrangimento por não saber responder alguma pergunta durante a consulta e desconforto por período de consulta prolongado.

8. Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: para minimizar os desconfortos citados, será realizada consulta de forma individual e restrita, sem qualquer crítica por parte da pesquisadora. Além disso, dia e horário para a consulta serão previamente agendados de acordo com os atendimentos da Unidade de Saúde. Caso ocorra algum transtorno ou desconforto relatado pelo usuário ou solicitação de interrupção da consulta, que poderá ocorrer a qualquer momento, a mesma será encerrada imediatamente, sem nenhum prejuízo para o usuário. É importante enfatizar que, em qualquer etapa do estudo, se o participante necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, as pesquisadoras disponibilizarão o contato para eventuais esclarecimentos.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: diante de algum desconforto inesperado, o pesquisador suspenderá a consulta, podendo remarcar para outra data, se assim o participante concordar. Caso seja identificada qualquer alteração no seu estado da saúde física e/ou mental ou qualquer outra necessidade de acompanhamento profissional, o participante, se assim desejar, será encaminhado de acordo com o fluxo de atendimentos aos serviços oferecidos pela rede de atenção do município em parceria com a universidade de acordo com o fluxo da Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA) - UFAL.

10. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não lhe atinja diretamente, são: contribuições com a comunidade científica, além de auxiliar os profissionais na utilização de recursos que aumentem a qualidade do cuidado a população idosa como um todo.

11. Você será informado(a) do resultado final do projeto: por meio digital de sua escolha (E-mail, WhatsApp, outros) e sempre que desejar, serão fornecidos a qualquer momento esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

12. Você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo pessoal e/ou profissional.

13. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa. Reforçamos que será garantido o sigilo e anonimato de todos os participantes, sendo que todos os participantes serão identificados por numeração. Ex: participante 01; participante 02; e assim sucessivamente. A divulgação dos resultados da pesquisa só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto preservando a todo instante seu anonimato.

14. Devido à natureza da pesquisa você não terá nenhuma despesa para sua participação, mas caso venha ter algum gasto não previsto você será ressarcido.

15. Você será indenizado por qualquer complicação ou danos materiais e/ou imateriais que tenha sofrido, decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário.

16. As entrevistas serão realizadas somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Conforme o cronograma o início das entrevistas está previsto para ser realizada de JULHO a OUTUBRO do ano de 2022. Podendo ser antecipada caso a aprovação pelo CEP/UFAL ocorra antes da data prevista. Na ocorrência de mais uma onda da pandemia da COVID-19, serão respeitados os decretos locais, estaduais e nacionais vigentes quanto ao uso dos EPIs.

17. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os responsáveis pela pesquisa.

18. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone (82) 3214-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Eu....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N

Complemento: Tabuleiro do Martins

Cidade/CEP: Maceió/AL. 57075-470.

Telefone: (82) 3214-1155

Ponto de referência: Escola de Enfermagem

Telefone para contato de urgência/WhatsApp Profa. Lais de Miranda: (82) 99326-0522

Email: lais.costa@eenf.ufal.br

Telefone para contato de urgência/WhatsApp Enfa. Mariana Barbosa: (82) 99175-0945

Email: barbosamari.enf@gmail.com

Contato de urgência do (a) participante:

Sr(a).

Endereço:

Complemento:

Cidade/CEP:

Telefone:

Ponto de referência:

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário, térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: (82) 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de 2022.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO A- INSTRUMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DEPRESSÃO NO AMBULATÓRIO DE PSQUIATRIA DO HOSPITAL LAURO WANDERLEY-HULW/UFPB.

Figura 4 – Instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a consulta de enfermagem ao idoso com depressão no ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-UFPB</p>	<p>DIVISÃO DE ENFERMAGEM Sistematização da Assistência de Enfermagem da Psiquiatria Histórico de Enfermagem</p>		
1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: / / Sexo: _____ Profissão: _____ Religião: _____ Naturalidade: _____ Cidade: _____ Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Outros _____ Cartão do SUS: _____ Número do Prontuário: _____ Escolaridade: _____ Número de filhos: _____ Renda familiar: _____ Pessoas residentes no domicílio: <input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Sozinho (a) <input type="checkbox"/> Outros _____ Data do exame: / /			
2 CONDIÇÕES GERAIS			
Queixa principal: _____ Antecedentes: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros _____ Hábitos e Comportamentos: Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alcoolismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)?- _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar: _____ Cirurgia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)? _____ Antecedentes familiares: _____			
3 EXAME FÍSICO			
T: _____ °C	FR: _____ irpm	PA: _____ mmHG	Sat: _____ %
P: _____ bpm	Peso: _____ Kg	Alt: _____ m	CA: _____ cm
4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA			
AVD Básicas: (1) Independente (2) Dependente (3) Necessita de ajuda () Alimentação () Banho () Vestir () Asseio corporal () Controle vesical () Controle anal () Deambulação () Uso do vaso sanitário () Mudança da cadeira – cama			
AVD Instrumentais: (1) Independente (2) Dependente (3) Necessita de ajuda () Fazer compras () Cozinhar () Cuidar da casa () Usar meios de transportes () Capaz de tomar sua medicação () Cuidar de suas finanças			
AVD Avançadas: Participa de grupos sociais: () Sim () Não Participa de grupos religiosos: () Sim () Não Realiza atividades de recreação/lazer: () Sim () Não Tipo/local/frequência: _____ Como ocupa o tempo livre: _____			
5 AVALIAÇÃO COGNITIVA			
(1) Responde corretamente (2) Responde em parte (3) Não sabe Memória: () Dia de hoje () Dia da semana () Idade () Data de nascimento Orientação: () Local onde se encontra () Endereço Informações sobre fatos cotidianos: () Nome do presidente do Brasil () Nome do prefeito da sua cidade Capacidade de cálculo: () Contar de três em três () Realizar cálculo simples			
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS			
OXIGENACÃO			
Respiração: <input type="checkbox"/> Eupneico (a) <input type="checkbox"/> Dispneico (a) <input type="checkbox"/> Bradipneico (a) <input type="checkbox"/> Taquipneico (a) Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Creptos <input type="checkbox"/> Sibilos Tosse: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente Secreção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Característica da secreção: _____ Cianose: <input type="checkbox"/> Labial <input type="checkbox"/> Ungueal			
HIDRATAÇÃO			
Estado de hidratação: <input type="checkbox"/> Hidratado (a) <input type="checkbox"/> Desidratado (a) Ingestão hídrica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida Restrição hídrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ml			
NUTRIÇÃO			
Estado nutricional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético Intolerância alimentar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ingesta alimentar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Hipofagia Dificuldade para deglutir: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Perca de peso nos últimos 06 meses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

ELIMINAÇÃO
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Constipação intestinal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Esforço ao evacuar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de laxantes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Eliminação vesical: Espontânea: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Retenção urinária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Incontinência urinária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> IU de esforço <input type="checkbox"/> IU de emergência Aspecto da urina: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada Odor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fétida Cor: _____ Distúrbios miccionais: <input type="checkbox"/> Polaciúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Disúria Necessidade de urinar novamente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Perda pós miccional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SONO E REPOUSO
Sono: <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência Auxiliares do sono: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Horas de sono: _____ Perturbadores do sono: <input type="checkbox"/> Barulho <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Sesta <input type="checkbox"/> Trabalho noturno
ATIVIDADE FÍSICA
Deambula: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Atividade física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Restrição de movimento: <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deformidade óssea <input type="checkbox"/> Distúrbio na marcha <input type="checkbox"/> Desvio de coluna <input type="checkbox"/> Dor ao movimento Auxílio para locomoção: <input type="checkbox"/> Cadeira de roda <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Muleta
CUIDADO CORPORAL
Realiza o autocuidado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Higiene oral: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Gengivite <input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Língua saburrosa <input type="checkbox"/> Halitose <input type="checkbox"/> Dentes quebrados <input type="checkbox"/> Lesões Uso de prótese dentária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Higiene do couro cabeludo: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo <input type="checkbox"/> Pediculose <input type="checkbox"/> Seborréia <input type="checkbox"/> Lesões
INTEGRIDADE FÍSICA
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> Irritação cutânea <input type="checkbox"/> Pele seca <input type="checkbox"/> Prurido Condições da pele: <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Bolha <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Erisipela <input type="checkbox"/> Celulite Localização: _____ Turgor e elasticidade: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuído Mucosa: <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Lesão
REGULAÇÃO TÉRMICA
<input type="checkbox"/> Normotérmica <input type="checkbox"/> Hipotérmica <input type="checkbox"/> Hipertérmica <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Sudorese
REGULAÇÃO VASCULAR
<input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Hipotenso Perfusão Periférica: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Diminuída Rede Vascular Periférica: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Comprometida Doença cardiovascular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Delírios Responde a estímulos: <input type="checkbox"/> Verbais <input type="checkbox"/> Sensitivos <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Capacidade de atenção e julgamento Doença cerebral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Crises convulsivas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS OLFATIVO, VISUAL, AUDITIVO, TÁTIL, GUSTATIVO, DOLOROSO/COMUNICAÇÃO
Condição da visão: Olhos: <input type="checkbox"/> Simétricos <input type="checkbox"/> Assimétricos Perca da visão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Uso de óculos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Capacidade de focalizar objetos a longa distância: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aspectos das conjuntivas: _____ Condição da audição: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída Uso de prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Zumbido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Comunicação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Diminuída Paladar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Reduzido Olfato: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Sensibilidade tátil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sensibilidade à dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Apresenta dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Localização e frequência da dor: _____
SEGURANÇA FÍSICA/MEIO AMBIENTE/ESPAÇO
Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Outros: _____ Número de cômodos: _____ Quarto exclusivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ambiente seguro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Barreiras arquitetônicas da casa: <input type="checkbox"/> Degraus <input type="checkbox"/> Portas estreitas Banheiro sem suporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tapetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Piso escorregadio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Iluminação adequada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Número de pessoas que residem no lar: _____ Saneamento básico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Coleta de lixo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Higiene do lar: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
AMOR E ACEITAÇÃO/ATENÇÃO/GREGÁRIA/AUTO-IMAGEM/AUTO-ESTIMA, AUTOCONFIANÇA E AUTO-RESPEITO/SEGURANÇA EMOCIONAL
Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Felicidade <input type="checkbox"/> Confiança <input type="checkbox"/> Enfrentamento <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Valoriza-se <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Aceita as modificações físicas <input type="checkbox"/> Estabilidade emocional <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Verbaliza ausência de familiares <input type="checkbox"/> Evita familiares <input type="checkbox"/> Amado pela família <input type="checkbox"/> Conflito com a família <input type="checkbox"/> Tem amigos <input type="checkbox"/> Isolamento social
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE/ APRENDIZAGEM/ TERAPÉUTICA/ LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO
Recebe ações educativas sobre promoção da saúde (escola, família, comunidade, igreja, sistema de saúde): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Procura o tratamento adequado Conhece seu estado de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Participa do regime terapêutico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Situações que interferem na não adesão do regime terapêutico: _____
Sugestão para o plano de cuidados: _____ <input type="checkbox"/> Uso de fumo <input type="checkbox"/> Uso de álcool <input type="checkbox"/> Uso de drogas
RECREAÇÃO E LAZER/CRIATIVIDADE/AUTO-REALIZAÇÃO

<input type="checkbox"/> Usa meios eletrônicos para comunicação <input type="checkbox"/> Participa de atividades de recreação <input type="checkbox"/> Praticar esportes <input type="checkbox"/> Desenvolve trabalhos manuais ou que use a criatividade		
NECESSIDADE DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE		
Religião: _____ <input type="checkbox"/> Precisa de um líder espiritual ou atividades religiosas		
IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS OU OBSERVAÇÕES:		
Enfermeira:	COREN:	Data / /
DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório alterado <input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Tosse persistente <input type="checkbox"/> Tosse produtiva <input type="checkbox"/> Expectoração insuficiente <input type="checkbox"/> Expectoração produtiva <input type="checkbox"/> Limpeza ineficaz das vias aéreas <input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Realizar ausculta pulmonar <input type="checkbox"/> Avaliar padrão respiratório <input type="checkbox"/> Avaliar perfusão periférica <input type="checkbox"/> Observar secreções respiratórias <input type="checkbox"/> Ensinar técnica de tossir para expectoração <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Orientar exercícios respiratórios <input type="checkbox"/> Instituir medidas de redução no nível de ansiedade	
NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desidratação <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Hidratação da pele diminuída <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Desequilíbrio de líquidos <input type="checkbox"/> Risco de volume de líquidos prejudicado <input type="checkbox"/> Volume de líquidos prejudicado <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de eletrólitos <input type="checkbox"/> Desequilíbrio de eletrólitos <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Avaliar sinais clínicos de desidratação ou excesso de líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Restringir líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar diurese <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de consciência <input type="checkbox"/> Desestimular consumo de sódio, bebidas ou medicações diuréticas <input type="checkbox"/> Elevar membros inferiores	
NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO		
<input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos insuficiente <input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado para alimentar-se <input type="checkbox"/> Condição nutricional prejudicada <input type="checkbox"/> Baixo peso corporal <input type="checkbox"/> Caquexia <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos excessiva <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente para avaliação nutricional <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a aderir à dieta alimentar <input type="checkbox"/> Orientar a dieta de paciente com restrições alimentares <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a controlar situações que desencadeiam o aumento de apetite <input type="checkbox"/> Identificar as causas da diminuição do apetite <input type="checkbox"/> Promover a redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Avaliar condições de deglutição <input type="checkbox"/> Avaliar as condições da cavidade oral <input type="checkbox"/> Investigar preferências alimentares do paciente	
NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO		

<input type="checkbox"/> Motilidade intestinal prejudicada <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Eliminação intestinal prejudicada <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Enurese <input type="checkbox"/> Eliminação urinária reduzida <input type="checkbox"/> Eliminação urinária aumentada <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Transpiração excessiva <input type="checkbox"/> Secreção vaginal <input type="checkbox"/> Secreção anormal da mama	<input type="checkbox"/> Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar peristalse <input type="checkbox"/> Identificar fatores que possam contribuir para a constipação/diarreia <input type="checkbox"/> Identificar uso de medicamentos que modificam a consistência do material fecal <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a ter hábitos alimentares saudáveis <input type="checkbox"/> Estimular uma maior ingestão líquida <input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação <input type="checkbox"/> Manter higiene íntima/oral/corporal <input type="checkbox"/> Averiguar quanto ao uso de medicamentos que aumentam/diminuem a eliminação urinária <input type="checkbox"/> Investigar déficits sensoriais cognitivos <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Proporcionar privacidade para o uso do sanitário <input type="checkbox"/> Orientar exercícios pélvicos <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes do vômito <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da transpiração excessiva	
NECESSIDADE DE SONO E REPOUSO		
<input type="checkbox"/> Dificuldade de adormecer <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicados <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Privação do sono <input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Identificar o motivo da perturbação do sono <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a manter regularidade nos horários de deitar e acordar <input type="checkbox"/> Ensinar técnica de relaxamento para dormir <input type="checkbox"/> Desencorajar sono diurno <input type="checkbox"/> Propiciar ambiente calmo, livre de estímulos estressores e seguro <input type="checkbox"/> Orientar a limitação da ingestão de cafeína após o meio da tarde <input type="checkbox"/> Orientar quanto à prática de atividades físicas durante o dia <input type="checkbox"/> Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso <input type="checkbox"/> Monitorar risco de depressão respiratória	
NECESSIDADE DE ATIVIDADE FÍSICA		
<input type="checkbox"/> Atividade psicomotora prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade para transferência prejudicada <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade física <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Destreza manual inadequada <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Paralisia dos membros <input type="checkbox"/> Habilidade alterada para movimentar-se em cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	<input type="checkbox"/> Avaliar condição psicomotora/cognitiva do paciente <input type="checkbox"/> Planejar as atividades do paciente dentro do nível de tolerância <input type="checkbox"/> Estimular a deambulação dentro de limites seguros <input type="checkbox"/> Orientar sobre equipamentos adjuvantes na transferência <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a aderir ao tratamento clínico <input type="checkbox"/> Avaliar resultados dos exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Avaliar satisfação de sono e repouso <input type="checkbox"/> Planejar períodos de repouso e atividade <input type="checkbox"/> Promover condicionamento para as atividades rotineiras <input type="checkbox"/> Instruir o paciente para evitar quedas <input type="checkbox"/> Orientar a prevenção de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente ao serviço de fisioterapia	

NECESSIDADE DE SEXUALIDADE	
<input type="checkbox"/> Atividade sexual insatisfatória <input type="checkbox"/> Comportamento sexual inadequado <input type="checkbox"/> Disfunção sexual	<input type="checkbox"/> Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e ansios <input type="checkbox"/> Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus <input type="checkbox"/> Esclarecer que situações de stress, adoecimento e processo de envelhecimento podem interferir na função sexual <input type="checkbox"/> Orientar para a mudança no padrão da sexualidade <input type="checkbox"/> Orientar sobre os efeitos de medicamentos na atividade sexual
NECESSIDADE DE SEGURANÇA FÍSICA E DO MEIO AMBIENTE	
<input type="checkbox"/> Imunização deficiente <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Risco de acidente doméstico <input type="checkbox"/> Risco de envenenamento <input type="checkbox"/> Risco de suicídio <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de sufocação <input type="checkbox"/> Risco de trauma <input type="checkbox"/> Risco de lesão <input type="checkbox"/> Risco de ferimentos <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/> Risco de violência <input type="checkbox"/> Violência doméstica <input type="checkbox"/> Violência física <input type="checkbox"/> Abuso de álcool <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Verificar o cartão de vacina do idoso <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto à importância da imunização <input type="checkbox"/> Identificar fatores de risco, sinais e sintomas da infecção <input type="checkbox"/> Instruir sobre os cuidados necessários com o local de descontinuidade da pele, para evitar infecção <input type="checkbox"/> Avaliar cicatrização da ferida <input type="checkbox"/> Avaliar estado nutricional <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Monitorar sinais de intoxicação <input type="checkbox"/> Oferecer ambiente seguro para a prática da deambulação <input type="checkbox"/> Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos <input type="checkbox"/> Orientar a remoção da prótese dentária em pacientes com rebaixamento no nível de consciência <input type="checkbox"/> Prevenir quedas <input type="checkbox"/> Prevenir trauma mecânico <input type="checkbox"/> Ensinar medidas de segurança <input type="checkbox"/> Vigiar risco de suicídio <input type="checkbox"/> Retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos ao paciente <input type="checkbox"/> Encaminhar paciente para o serviço de psicologia <input type="checkbox"/> Vigiar risco de agressão <input type="checkbox"/> Comunicar risco de agressão do paciente <input type="checkbox"/> Comunicar situações de violência para a autoridade competente <input type="checkbox"/> Orientar a evitar comportamentos de risco <input type="checkbox"/> Orientar a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis
NECESSIDADE DE CUIDADO CORPORAL E AMBIENTAL	
<input type="checkbox"/> Capacidade de autocuidado prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade inadequada para executar a higiene pessoal <input type="checkbox"/> Higiene inadequada <input type="checkbox"/> Capacidade para ir ao banheiro prejudicada <input type="checkbox"/> Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada <input type="checkbox"/> Manutenção da casa inadequada	<input type="checkbox"/> Estimular o paciente nas atividades da vida diária conforme o nível de capacidade <input type="checkbox"/> Orientar a família e o cuidador da importância de estimular o autocuidado <input type="checkbox"/> Orientar o cuidador a oferecer assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado para assumir o autocuidado <input type="checkbox"/> Estimular hábitos diários de higiene <input type="checkbox"/> Manter o ambiente seguro, sem obstáculos <input type="checkbox"/> Promover adequação do ambiente as restrições fisiológicas (cadeira de rodas, assento sanitário com apoio)

	<input type="checkbox"/> Orientar a providências de segurança no banheiro (piso antiderrapante, barra para as mãos) <input type="checkbox"/> Orientar a utilização de recursos no banho de aspersão (apoio e cadeirinha)	
NECESSIDADE DE INTEGRIDADE FÍSICA		
<input type="checkbox"/> Coloração da pele alterada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Pele seca <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Ferida infectada <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mucosa oral alterada <input type="checkbox"/> Mucosa ocular prejudicada	<input type="checkbox"/> Orientar sobre a mudança de decúbito a cada duas horas <input type="checkbox"/> Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo <input type="checkbox"/> Orientar o paciente para o curativo domiciliar <input type="checkbox"/> Orientar quanto à importância da higiene corporal <input type="checkbox"/> Encorajar para a ingestão adequada de nutrientes <input type="checkbox"/> Instruir quanto à hidratação da pele <input type="checkbox"/> Instruir quanto à ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Avaliar a causa do prurido <input type="checkbox"/> Orientar a aplicação de compressas frias para aliviar a irritação <input type="checkbox"/> Aplicar medicações tópicas após o banho <input type="checkbox"/> Orientar o aquecimento de membros se necessário <input type="checkbox"/> Realizar debridamento mecânico do material desvitalizado <input type="checkbox"/> Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames periódicos dentários <input type="checkbox"/> Discutir a importância da higiene ocular diária	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO VASCULAR		
<input type="checkbox"/> Pressão arterial alterada <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Débito cardíaco prejudicado <input type="checkbox"/> Perfusão periférica prejudicada <input type="checkbox"/> Perfusão tissular ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de hemorragia <input type="checkbox"/> Risco de sangramento <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Retenção de líquidos	<input type="checkbox"/> Atentar para queixas de tonturas <input type="checkbox"/> Atentar para alteração no nível de consciência <input type="checkbox"/> Ensinar técnicas de redução do stress <input type="checkbox"/> Controlar a pressão sanguínea <input type="checkbox"/> Identificar a utilização de medicamentos que aumentem a frequência cardíaca <input type="checkbox"/> Estimular atividade física de forma moderada <input type="checkbox"/> Orientar dieta hipossódica e hipoprotéica <input type="checkbox"/> Monitorar os sinais vitais <input type="checkbox"/> Avaliar a perfusão periférica <input type="checkbox"/> Avaliar cicatrização de ferida	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO TÉRMICA		
<input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Investigar a causa de hipertermia/hipotermia <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente ou o acompanhante os sinais precoces de hipertermia/hipotermia <input type="checkbox"/> Encorajar a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Aplicar compressa fria nas regiões frontal, axilar e inguinal <input type="checkbox"/> Aplicar álcool na pele <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais <input type="checkbox"/> Monitorar presença de cianose <input type="checkbox"/> Promover aquecimento do paciente	
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		
<input type="checkbox"/> Cognição prejudicada <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Consciência prejudicada <input type="checkbox"/> Déficit de memória	<input type="checkbox"/> Avaliar a função cognitiva <input type="checkbox"/> Estimular o paciente a identificar stressores como situações, eventos e interações pessoais <input type="checkbox"/> Instituir medidas de segurança pessoal e ambiental	

<input type="checkbox"/> Delírio <input type="checkbox"/> Risco de confusão aguda <input type="checkbox"/> Atividade psicomotora alterada <input type="checkbox"/> Coordenação motora alterada	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto ao tempo e espaço <input type="checkbox"/> Usar gestos/objetos para aumentar a compreensão das comunicação verbais <input type="checkbox"/> Usar uma abordagem calma e sem pressa ao interagir com o paciente <input type="checkbox"/> Informar ao paciente toda a rotina diária <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais (níveis séricos de amônia)	
NECESSIDADE DE SENSOPERCEÇÃO		
<input type="checkbox"/> Alucinação <input type="checkbox"/> Orientação no tempo e no espaço prejudicada <input type="checkbox"/> Nível de consciência diminuído <input type="checkbox"/> Audição prejudicada <input type="checkbox"/> Visão prejudicada <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Dor musculoesquelética <input type="checkbox"/> Dor fantasma <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Estabelecer relação de confiança interpessoal com o paciente <input type="checkbox"/> Providenciar orientação sobre a realidade <input type="checkbox"/> Manter ambiente seguro <input type="checkbox"/> Evitar a frustração do paciente com perguntas sobre orientação que ele não pode responder <input type="checkbox"/> Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo e data) quando necessário <input type="checkbox"/> Falar devagar com clareza e concisão <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a expressar seus sentimentos sobre a perda da audição <input type="checkbox"/> Incentivar o uso de aparelhos de acordo com a necessidade (ex.: auditiva, visual) <input type="checkbox"/> Avaliar as características da eliminação urinária <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de líquido para diminuir a concentração urinária <input type="checkbox"/> Incentivar a micção frequente a cada duas a três horas <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Orientar quanto à necessidade de higiene adequada <input type="checkbox"/> Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir nela adequadamente <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação com o ambiente <input type="checkbox"/> Fornecer estimulação sensorial usando o estímulo tátil, auditiva e gustativa na ajuda da perda da visão	
NECESSIDADE DE TERAPÊUTICA E DE PREVENÇÃO		
<input type="checkbox"/> Atitude conflituosa em relação ao cuidado <input type="checkbox"/> Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada <input type="checkbox"/> Não adesão ao regime terapêutico <input type="checkbox"/> Exaustão relacionada ao plano terapêutico <input type="checkbox"/> Adesão inadequada ao regime de atividade física <input type="checkbox"/> Adesão inadequada ao regime dietético <input type="checkbox"/> Falta de resposta ao tratamento <input type="checkbox"/> Falta de suprimentos de alimentos <input type="checkbox"/> Função do sistema imunológico prejudicado	<input type="checkbox"/> Identificar os conflitos relacionados ao autocuidado <input type="checkbox"/> Conhecer a condição social em que o paciente se encontra inserido e adaptando a orientação de acordo com seu nível de cognição <input type="checkbox"/> Orientar o paciente acerca do regime terapêutico <input type="checkbox"/> Estimular a participação da família na orientação e na administração de medicações <input type="checkbox"/> Avaliar com a equipe se o tratamento proposto segue adequado a sua condição <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente e familiares maneiras de ajudar na renda familiar <input type="checkbox"/> Incentivar alimentação adequada <input type="checkbox"/> Monitorar calendário vacinal	
NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Comunicação prejudicada	<input type="checkbox"/> Estimular comunicação verbal e não verbal	

<input type="checkbox"/> Comunicação familiar ineficaz	<input type="checkbox"/> Identificar barreiras de comunicação <input type="checkbox"/> Monitorar as mudanças no padrão da fala do paciente <input type="checkbox"/> Dar ao paciente a oportunidade de tomar decisões em relação aos cuidados	
NECESSIDADE DE GREGÁRIA		
<input type="checkbox"/> Falta de apoio social <input type="checkbox"/> Interação social prejudicada <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Risco de desamparo <input type="checkbox"/> Relacionamento familiar inadequado	<input type="checkbox"/> Explicar/proteger os direitos do paciente <input type="checkbox"/> Promover suporte social <input type="checkbox"/> Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias <input type="checkbox"/> Fazer referência a terapia familiar <input type="checkbox"/> Garantir a continuidade do cuidado <input type="checkbox"/> Encorajar familiares a participarem dos cuidados	
NECESSIDADE DE RECREAÇÃO E LAZER		
<input type="checkbox"/> Acesso deficitário a atividade de recreação e lazer <input type="checkbox"/> Capacidade limitada para realizar atividades de recreação e lazer <input type="checkbox"/> Recursos materiais insuficientes para recreação e lazer	<input type="checkbox"/> Estimular a participação nas atividades recreativas oferecidas <input type="checkbox"/> Proporcionar atividades recreativas físicas e mentais <input type="checkbox"/> Explicar ao acompanhante a necessidade de atividades recreativas para redução da ansiedade <input type="checkbox"/> Encorajar recreação conforme tolerância <input type="checkbox"/> Incentivar a participação em atividades de recreação e lazer	
NECESSIDADE DE SEGURANÇA EMOCIONAL		
<input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Impotência <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Negação <input type="checkbox"/> Processo de luto <input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Avaliar a orientação no tempo e no espaço <input type="checkbox"/> Avaliar as causas para a agitação <input type="checkbox"/> Avaliar o nível de consciência <input type="checkbox"/> Identificar e reduzir stressores ambientais <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a expressar seus sentimentos <input type="checkbox"/> Demonstrar técnicas de relaxamento <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a identificar as situações precipitantes de ansiedade <input type="checkbox"/> Encaminhar para avaliação psicológica <input type="checkbox"/> Atentar para o risco de suicídio <input type="checkbox"/> Ouvir atentamente o paciente, promovendo relação de confiança <input type="checkbox"/> Envolver em atividades lúdicas e de lazer <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais <input type="checkbox"/> Monitorar o estado emocional do paciente <input type="checkbox"/> Desenvolver estratégias psicológicas para promover aceitação da situação de saúde <input type="checkbox"/> Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento	
NECESSIDADE DE AMOR E ACEITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Aceitação do estado de saúde <input type="checkbox"/> Atitude familiar conflituosa <input type="checkbox"/> Apoio familiar inadequado <input type="checkbox"/> Desempenho de papel prejudicado <input type="checkbox"/> Bem-estar prejudicado	<input type="checkbox"/> Orientar a família sobre a doença <input type="checkbox"/> Orientar a importância do vínculo da família <input type="checkbox"/> Oferecer apoio emocional <input type="checkbox"/> Oportunizar que o paciente expresse os seus sentimentos	
NECESSIDADE DE AUTOESTIMA, AUTOCONFIANÇA E AUTORRESPEITO		
<input type="checkbox"/> Autoimagem negativa <input type="checkbox"/> Baixa autoestima <input type="checkbox"/> Identidade pessoal perturbada	<input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a expressar seus sentimentos <input type="checkbox"/> Encorajar a pessoa a expressar os	

<input type="checkbox"/> Aceitação da condição pessoal <input type="checkbox"/> Sofrimento moral <input type="checkbox"/> Baixa confiança nos outros	sentimentos, especialmente sobre a forma como pensa ou vê a si mesma <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a perceber a necessidade de se cuidar <input type="checkbox"/> Estimular ações para o autocuidado	
NECESSIDADE DE LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Capacidade familiar de gerenciar o regime prejudicada <input type="checkbox"/> Conflito familiar <input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar prejudicado <input type="checkbox"/> Enfrentamento individual ineficaz <input type="checkbox"/> Processo familiar prejudicado <input type="checkbox"/> Negação do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Orientar familiares quanto à doença e o tratamento <input type="checkbox"/> Orientar o paciente/família como gerenciar o regime terapêutico <input type="checkbox"/> Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos familiares <input type="checkbox"/> Apoiar o paciente durante as fases de negação, raiva, barganha e aceitação do luto Oferecer apoio emocional ao paciente/família	
NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E APRENDIZAGEM		
<input type="checkbox"/> Capacidade de aprendizagem limitada <input type="checkbox"/> Cognição alterada <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento sobre a doença <input type="checkbox"/> Falta de conhecimento sobre a medicação <input type="checkbox"/> Manutenção da saúde prejudicada	<input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente a respeito da patologia, tratamento, recuperação e reabilitação <input type="checkbox"/> Apresentar a importância do medicamento e seus efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Identificar fatores de não adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade de aprendizado do paciente	
NECESSIDADE DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE		
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual <input type="checkbox"/> Bem-estar espiritual prejudicado <input type="checkbox"/> Crença cultural conflituosa <input type="checkbox"/> Sofrimento espiritual <input type="checkbox"/> Percepção de falta de significado da vida	<input type="checkbox"/> Avaliar as crenças espirituais do paciente e da família <input type="checkbox"/> Ouvir as necessidades espirituais do paciente e ou acompanhante <input type="checkbox"/> Fazer referência a serviço religioso	

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2018.

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A APLICAÇÃO DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: MARIANA BARBOSA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57523522.2.0000.5013

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.543.374

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que visa aplicar a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta durante a consulta de enfermagem com idosos usuários de uma Unidade Básicos de Saúde (UBS) no Município de Maceió-AL. Para tanto utilizar-se-á do método da pesquisa-cuidado, o qual subdivide-se em cinco etapas, quais sejam: 1. Aproximação com o objeto de estudo; 2. Encontro com o ser pesquisado-cuidado; 3. Estabelecimento das conexões da pesquisa, teoria e prática do cuidado; 4. Afastamento do ser pesquisador-cuidador e Ser pesquisado-cuidado; e 5. Análise do apreendido. (ZAGONEL, 2016).

No que concerne a pesquisa descritiva, Gil (2010) aponta que ela objetiva descrever as características de determinada população, fenômeno ou experiência. Ela observa, registra, analisa e ordena os fatos, sem manipulá-los, no intuito de descobrir a sua frequência, natureza, características, causas e relações com outros fenômenos.

A abordagem qualitativa de pesquisa teve origem no final do século XIX e, considera-se a partir dela, a singularidade da pessoa, pois, é a partir da sua subjetividade que ocorre demonstração da plenitude de sua vida. Para Minayo (2011; 2012), a experiência e a vivência acontecem no âmbito coletivo e seu contexto se dá através da cultura do grupo social em que se insere. O objetivo da pesquisa qualitativa é a compreensão e o estudo do conhecimento sobre os fenômenos, fundamentado nas experiências, opiniões e significados, de maneira que exprima suas

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, n°1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.543.374

subjetividades (MINAYO, 2014).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO: O objetivo deste estudo é analisar a aplicação da teoria das NHB de Wanda Horta no cuidado de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os danos eventuais podem envolver o possível constrangimento e desconforto durante a consulta, seja por não saber responder alguma pergunta ou pelo período prolongado da consulta. Riscos estes que os usuários serão informados antes da realização da consulta e, que serão diminuídos com a realização da consulta de forma individual e restrita, sem qualquer crítica por parte do pesquisador.

Além disso, dia e horário para a consulta serão previamente agendados de acordo com os atendimentos da Unidade de Saúde. Caso ocorra algum transtorno ou desconforto relatado pelo usuário ou solicitação de interrupção da consulta, que poderá ocorrer a qualquer momento, a mesma será encerrada imediatamente, sem nenhum prejuízo para o usuário.

É importante enfatizar que, em qualquer etapa do estudo, se o participante necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, os pesquisadores disponibilizarão o contato para eventuais esclarecimentos.

Caso seja identificada qualquer alteração no estado da saúde físico e/ou mental ou qualquer outra necessidade de acompanhamento profissional, o participante, se assim desejar, será encaminhado de acordo com o fluxo de atendimentos aos serviços oferecidos pela rede de atenção do município em parceria com a universidade de acordo com o fluxo da Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA) - UFAL

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa não possui óbices éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE- Adequado

Cronograma- Adequado

Orçamento: Adequado

Declaração da SMS do município de Maceió- Adequado

Folha de rosto- Adequada

Declaração de publicização- Adequada

Carta resposta à pendência- Responde a todas as pendências adequadamente.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.543.374

Projeto- Adequado

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu a todas as pendências de acordo com a relatoria.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.543.374

de maio de 2012).MARIANA BARBOSA DA SILVA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1910612.pdf	06/06/2022 22:54:58		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/06/2022 22:54:24	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.doc	06/06/2022 22:30:16	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	06/06/2022 22:29:34	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CUMPRIMENTO_ RESOLUCAO.pdf	06/06/2022 22:28:41	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	06/06/2022 22:27:07	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.docx	06/06/2022 22:26:22	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOHA_DE_ROSTO.pdf	31/03/2022 17:36:38	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_INFRAE STRUTURA.pdf	28/03/2022 21:43:37	MARIANA BARBOSA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 25 de Julho de 2022

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444,térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br