

Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório*Comparison of nursing postoperative diagnoses in adults and elderly inpatients**Comparación de diagnóstico de enfermería en pacientes adultos y ancianos quirúrgicos*Graziele Ribeiro Bitencourt^I, Rosimere Ferreira Santana^{II}, Ana Carla Dantas Cavalcanti^{III}, Keila Mara Cassiano^{IV}**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi comparar os diagnósticos de enfermagem identificados em adultos e idosos no pós-operatório. Foram recrutados aleatoriamente 20 adultos e 20 idosos internados na clínica cirúrgica de um hospital geral, em Niterói-RJ-Brasil, de janeiro a abril de 2009. Como instrumento de coleta de dados optou-se pelo Protocolo de Carpenito. Realizou-se análise estatística descritiva. Nos idosos identificou-se: dentição prejudicada (85%), constipação (75%), e déficit de autocuidado para vestir-se e arrumar-se (70%). Nos adultos: ansiedade (85%); déficit de autocuidado para vestir-se e arrumar-se (70%); e constipação (65%). Identificou-se 100% de risco de infecção e de integridade da pele prejudicada para ambos os grupos. Verificou-se uma proporção maior dos diagnósticos dentição prejudicada ($p=0,008$) e risco de quedas ($p=0,000$) em idosos, e privação do sono em adultos ($p=0,028$). Embora ambos os grupos estejam em pós-operatório, suas necessidades de cuidados mostraram especificidades, considerando as alterações do processo de envelhecimento.

Descritores: Idoso; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Geriátrica; Enfermagem Perioperatória.

ABSTRACT

The objective of this study was to compare the nursing diagnoses identified in adults and elderly in the postoperative period. A total of 20 adults and 20 elderly patients hospitalized in the surgical clinic of a general hospital in Niterói-RJ-Brazil were randomly recruited; from January to April 2009. The Protocol of Carpenito was selected as a data collection instrument. A statistical descriptive and inferential analysis was carried out. The following nursing diagnoses were identified in the elderly: impaired dentition (85%), constipation (75%), and self-care deficit for dressing and grooming (70%). In adults: anxiety (85%), self-care deficit for dressing and grooming (70%) and constipation (65%). 100% of risk of infection and harmed skin integrity for both groups was identified. The nursing diagnoses more frequently found in elderly were: impaired dentition ($p=0.008$) and risk of falls ($p=0.000$). On the other hand, higher proportion of sleep deprivation occurred among adults ($p=0.028$). Although both groups are undergoing post-operative phases, their needs for care are different, considering the changing aging process.

Descriptors: Aged; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Geriatric Nursing; Perioperative Nursing.

RESUMEN

El objetivo fue comparar los diagnósticos de enfermería identificados en adultos y ancianos en el período postoperatorio. Se seleccionó una muestra aleatoria de 20 adultos y 20 ancianos hospitalizados en la clínica quirúrgica de un hospital general en Niterói-RJ, Brasil, de enero a abril de 2009. Como instrumento de recoleta de datos fue elegido el Protocolo de Carpenito. El análisis fue la estadística descriptiva. En los ancianos se identificó: dentición afectada (85%), estreñimiento (75%), y déficit de autocuidado para vestirse y asearse (70%). En los adultos: ansiedad (85%), déficit de autocuidado para vestirse y asearse (70%) y estreñimiento (65%). Se identificó 100% de riesgo de infección y de integridad de la piel afectada para ambos grupos. Se verificó diferencia significativa para la dentición afectada ($p=0.008$), el riesgo de caídas ($p=0,028$), y la privación del sueño ($p=0,028$). Aunque ambos grupos están en post-operatorios, éstos muestran necesidades específicas, teniendo en cuenta los cambios del proceso de envejecimiento.

Descriptor: Anciano; Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería Geriátrica; Enfermería Perioperatoria.

^I Enfermeira, Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem, nível Mestrado, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, RJ, E-mail: gra_uff@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto, UFF, Rio de Janeiro, RJ, E-mail: rosifesa@gmail.com.

^{III} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto, UFF, Rio de Janeiro, RJ, E-mail: ana_carladc@yahoo.com.br.

^{IV} Bacharel em Matemática, Mestre em Estatística, Discente do Programa de Pós-Graduação em Engenharia elétrica, nível Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor Assistente, UFF, Rio de Janeiro, RJ, E-mail: keilamath@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Na população com 60 anos ou mais, estima-se que 50% serão submetidas a cirurgias, sendo que no grupo acima de 75 anos a frequência será um terço maior do que em crianças e adultos⁽¹⁾.

Atualmente, considera-se a possibilidade de cirurgias, as quais eram anteriormente classificadas como de risco em idosos, graças aos avanços dos meios de diagnóstico médico, das técnicas cirúrgicas, dos produtos utilizados para a cicatrização efetiva da ferida operatória, da anestesia e dos recursos terapêuticos, assim como da capacitação dos recursos humanos.

O comprometimento perioperatório nos idosos pode estar diretamente relacionado ao prejuízo funcional, a presença de comorbidades e urgência do procedimento⁽²⁾. Esse período oferece ao idoso maior risco, principalmente devido à possibilidade de complicações pulmonares, cardíacas e renais, além de infecções e sangramento no sítio cirúrgico, decorrentes em parte ou associadas às mudanças fisiológicas pertinentes ao processo de envelhecimento e a maior ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis⁽²⁻³⁾.

Assim, torna-se importante o levantamento das respostas dos idosos submetidos à cirurgia, por meio da identificação do diagnóstico de enfermagem, considerado como o julgamento clínico sobre as respostas individuais, da família ou de uma comunidade com relação às questões de saúde reais ou potenciais nos processos de vida⁽⁴⁾.

Estudos que sustentem a prática de enfermagem cirúrgica em idosos são escassos na literatura. Encontramos uma fundamentação teórica abrangente e difusa, ressaltando principalmente temas destinados à população adulta⁽¹⁻²⁾. Isso nos leva à formulação da hipótese: há diferenças entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em idosos e adultos hospitalizados no período pós-operatório.

Investigação nesse sentido poderá contribuir para antever os cuidados de enfermagem requeridos a cada grupo etário, e atender a necessidade de estudos que sustentem a prática e a pesquisa de enfermagem requerida ao cenário atual da enfermagem geriátrica e gerontológica. Para tanto, tem-se como objetivo deste estudo a comparação entre os diagnósticos de enfermagem identificados em adultos e idosos hospitalizados, no período pós-operatório.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem quantitativa, cujos sujeitos foram selecionados por meio de amostra aleatória simples estratificada por idade e sexo, incluindo 20 adultos (com idades entre 21 e 49 anos) internados com quatro a seis dias de período pós-operatório, e 20 idosos (acima de 65 anos) de cinco a sete dias pós-cirúrgico, sendo três destes com internação superior a 20 dias. Como critérios de exclusão adotaram-se: faixa etária entre 50 e 59 anos, por consistir no período de maturação – ou seja, transição adulto/idoso, o que poderia interferir nos resultados deste estudo; e instabilidade ou gravidade de condições clínicas que inviabilizassem o processo de investigação.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2009, nas enfermarias das clínicas cirúrgicas, masculina e feminina de Hospital Universitário localizado em Niterói, Rio de Janeiro, por meio do histórico de cada sujeito envolvido no estudo a partir do instrumento “Base de Dados e Admissão” de Carpenito⁽⁵⁾, que abrange dados objetivos e subjetivos organizados pelos domínios da Nanda-Internacional/Nanda-I 2009-2011. As técnicas de pesquisa consistiram em: formulário, entrevista, observação sistemática, e levantamento em prontuários.

Para a análise dos dados, as seguintes etapas foram realizadas: 1) cada histórico foi distribuído a três avaliadores, *expertises* na área do adulto e idoso, e no raciocínio clínico diagnóstico selecionados a partir da aplicação do método de Ferhing com pontuação igual ou superior a três⁽⁷⁾, totalizando 120 análises para a formulação diagnóstica; 2) identificação dos agrupamentos de dados que compunham padrões para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem obedecendo a Taxonomia II da NANDA-I 2009/2011⁽⁵⁾ a partir do raciocínio clínico de Risner⁽⁶⁾; 3) análise pareada entre os peritos para decisão diagnóstica; 4) os diagnósticos foram transcritos em uma tabela comparativa adulto/idoso, os quais foram apresentados na forma de estatística descritiva com a utilização da distribuição da frequência absoluta e percentual. Para a comparação das informações encontradas na clientela adulta e idosa utilizou-se análise inferencial, por meio dos testes Qui-quadrado e de Fisher, considerando valor de *p* menor que 0,05, além da Razão de Chances com intervalo de confiança de 95%.

Cabe ressaltar que o estudo está em conformidade com a Resolução 196/96, mediante aprovação do Comitê

de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro (protocolo 089.0.258.000-07), e que a participação foi condicionada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de cada sujeito ou do seu respectivo representante legal.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização da amostra, incluindo a distribuição por sexo, idade, escolaridade dos participantes e procedimentos cirúrgicos realizados.

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos adultos (n=20) e idosos (n=20) hospitalizados no pós-operatório segundo idade, sexo e tipo de procedimento cirúrgico HUAP/EEAAC/UFF. Niterói, RJ, 2009.

Características	Adulto	Idoso
	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
20-29	05(25,0)	-
30-39	06(30,0)	-
40-49	09(45,0)	-
60-69	-	13(65,0)
70-79	-	05(25,0)
Acima de 80	-	02(10,0)
Escolaridade		
Analfabeto	02(10,0)	4(20,0)
1º grau incompleto	10(50,0)	08(40,0)
1º grau completo	8(40,0)	7(35,0)
Nível superior incompleto	-	-
Nível superior completo	-	1(5,0)
Estado civil		
Solteiro	9(45,0)	3(15,0)
Casado	9(45,0)	8(40,0)
Divorciado	1(5,0)	1(5,0)
Viúvo	1(5,0)	8(40,0)
Tipo de procedimentos cirúrgicos		
Cirurgia Geral	10(50,0)	09 (45,0)
Cirurgia Ginecológica	01(5,0)	01(5,0)
Neurocirurgia	03(15,0)	05(25,0)
Cirurgia de Mama	-	01(5,0)
Cirurgia Ortopédica	02(10,0)	01(5,0)
Cirurgia Plástica	01(5,0)	-
Cirurgia torácica	04(20,0)	03(15,0)
Crurgia Urológica	-	02(10,0)
Cirurgia Vascular	01(5,0)	01(5,0)

Nos adultos, observou-se a faixa etária predominante entre 40 e 49 anos (45%) e o 1º grau incompleto (50%) como nível de escolaridade. Em relação ao estado civil, predominaram os solteiros e casados (45% cada) e, nos procedimentos cirúrgicos realizados, prevaleceram os de cirurgia geral (50%)

Entre os idosos, a maioria encontrou-se na faixa etária entre 60 e 69 anos (65%) com o 1º grau incompleto (40%) ou completo (35%), casada (40%) ou viúva (40%). Em relação ao tipo de procedimentos cirúrgicos, prevaleceu a cirurgia geral (45%).

A Tabela 2 apresenta a comparação entre a distribuição das categorias dos diagnósticos identificados em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório segundo a Taxonomia II da NANDA-I 2009/2011.

Tabela 2: Comparação entre a distribuição dos diagnósticos de enfermagem por domínios em adultos (n=20) e idosos (n=20) no pós-operatório. HUAP/EEAAC/UFF. Niterói, RJ, 2009.

Domínios	Títulos diagnósticos de enfermagem	Adulto n (%)	Idoso n (%)	p-valor do teste χ^2
Promoção da Saúde	Manutenção ineficaz da saúde	07 (35,0)	09 (45,0)	0,519
	Autocontrole ineficaz da saúde	08 (40,0)	10 (50,0)	0,525
	Manutenção do lar ineficaz	-	01 (5,0)	1.00 ^F
Nutrição	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	07 (35,0)	08 (40,0)	1.00 ^F
	Deglutição prejudicada	01 (5,0)	01 (5,0)	1.00 ^F
	Volume de líquido deficiente	03 (15,0)	07 (35,0)	0,144
	Risco de glicemia instável	01 (5,0)	-	1.00 ^F
Eliminação/Troca	Constipação	13 (65,0)	15 (75,0)	0,490
	Diarreia	01 (5,0)	-	1.00 ^F
	Incontinência urinária	-	01 (5,0)	1.00 ^F
	Privação do sono	08 (40,0)	02 (10,0)	0,028*
Atividade/Repouso	Mobilidade física prejudicada	07 (35,0)	07 (35,0)	1.00 ^F
	Mobilidade no leito prejudicada	04 (20,0)	06 (30,0)	0,465
	Deambulação prejudicada	02 (10,0)	03 (15,0)	1.00 ^F
	Recuperação cirúrgica retardada	01 (5,0)	04 (20,0)	0,340 ^F
	Intolerância à atividade	01 (5,0)	-	1.00 ^F
	Padrão Respiratório Ineficaz	-	02 (10,0)	0,487 ^F
Autopercepção	Déficit no autocuidado: vestir-se e arrumar-se	08 (40,0)	14 (70,0)	0,060
	Distúrbio da imagem corporal	02 (10,0)	01 (5,0)	1.00 ^F
	Desesperança	-	01 (5,0)	1.00 ^F
	Risco de solidão	-	02 (10,0)	0,480 ^F
Relacionamento de Papel	Processos familiares interrompidos	-	03 (15,0)	0,220 ^F
	Disfunção sexual	-	02 (10,0)	0,480 ^F
Sexualidade	Padrão de sexualidade alterado	02 (10,0)	01 (5,0)	1.00 ^F
	Ansiedade	17(85,0)	15 (75,0)	0,350
Enfrentamento/Tolerância ao estresse	Negação Ineficaz	-	01 (5,0)	1.00 ^F
	Pesar	-	05 (25,0)	0,050 ^F
	Tristeza crônica	-	02 (10,0)	0,480 ^F
	Risco de Infecção	20 (100,0)	20 (100,0)	-
Segurança e Proteção	Mucosa oral prejudicada	-	05 (25,0)	0,050 ^F
	Dentição prejudicada	09 (45,0)	17 (85,0)	0,008*
	Risco de quedas	-	20 (100,0)	0,000*
	Integridade da pele prejudicada	20 (100,0)	20 (100,0)	-
Conforto	Dor aguda	09(45,0)	04 (20,0)	0,090
	Dor crônica	-	01 (5,0)	1.00 ^F
	Náusea	-	01 (5,0)	1.00 ^F

Legenda: F: Teste exato de Fisher; *: p-valor menor que 0,05

Observou-se que os diagnósticos de enfermagem de risco de infecção e de integridade de pele ocorreram tanto em 100% dos adultos como em 100% dos idosos. Entre os diagnósticos mais expressivos nos idosos tem-se: dentição prejudicada (75%); constipação (75%); e déficit no autocuidado para vestir-se e arrumar-se (70%). Apesar de serem identificados com menor frequência, a manutenção ineficaz da saúde (45%); nutrição desequilibrada menor do que as necessidades

corporais (40%); volume de líquido deficiente (35%); mobilidade no leito prejudicada (30%); pesar (25%); recuperação cirúrgica retardada (20%), e autocontrole ineficaz da saúde (10%), também foram encontrados em maior número nos idosos.

Identificaram-se alguns diagnósticos de enfermagem somente nos idosos que, embora sejam pouco frequentes, podem interferir na recuperação cirúrgica do paciente, em especial aqueles encontrados nos domínios

Autopercepção: risco de solidão (10%) e desesperança (5%); Enfrentamento/tolerância ao estresse: negação ineficaz (5%), pesar (23%) e tristeza crônica (10%); Conforto: náusea (5%) e dor crônica (5%); e na Atividade/repouso: padrão respiratório ineficaz (10%).

Nos adultos, identificou-se como os diagnósticos mais frequentes: ansiedade (85%), dor aguda (45%), e privação de sono (40%). Foram identificados apenas nos adultos: risco de glicemia instável (5%); diarreia (5%); intolerância à atividade (5%); e padrão de sexualidade alterado (10%).

Ao comparar os diagnósticos encontrados nos dois grupos etários, de adultos e idosos, encontrou-se diferença significativa somente no que diz respeito a privação do sono ($p=0,028$); dentição prejudicada ($p=0,008$) e risco de quedas ($p=0,000$).

A razão de chances estimada referente às ocorrências do diagnóstico de dentição prejudicada é igual a 6,93; com Intervalo de Confiança ao nível de 95% igual a (1,53; 31,38). Ou seja, a chance de um idoso apresentar dentição prejudicada é 6,93 vezes a chance de um adulto apresentar dentição prejudicada.

DISCUSSÃO

A caracterização dos sujeitos do estudo sugere que as idades dos idosos corroboram com as perspectivas epidemiológicas do envelhecimento populacional brasileiro, devido ao aumento dos indivíduos na faixa etária entre 65 e 75 anos com projeção de elevação quantitativa naqueles com 80 anos ou mais até 2025, principalmente no sexo feminino⁽⁸⁻⁹⁾.

A respeito da escolaridade, tanto adultos como idosos apresentaram nível baixo se comparados com a população nacional nesta mesma faixa etária, o que pode comprometer sua recuperação no pós-operatório devido à dificuldade de entendimento das orientações transmitidas pelos profissionais, sendo necessário considerarem e avaliarem o grau de compreensão durante o planejamento das intervenções de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Quanto aos procedimentos realizados, observou-se concentração significativa na especialidade de Cirurgia Geral, como indicado pela literatura tanto nos adultos quanto nos idosos investigados, principalmente como terapêuticas escolhidas para o tratamento de doenças do trato biliar, obstrução intestinal e diverticulites^(1-2,11).

Tendo em vista esse perfil diferenciado de diagnósticos de enfermagem entre adultos e idosos neste estudo, a enfermagem que atua em clínica cirúrgica

precisa atender as necessidades específicas de cada clientela, desde o ensino pré-operatório até o cuidado pós-operatório e domiciliar. A educação do paciente e a comunicação entre este e a equipe de saúde permitem a continuidade da assistência e aumentam a eficiência e a eficácia dos procedimentos cirúrgicos⁽¹⁾.

Considera-se que a identificação dos diagnósticos de enfermagem constitui a base para sustentar o planejamento e a implementação das ações desta profissão, mas para tanto é intrínseca a necessidade do levantamento de dados precisos e o enfoque nas especificidades do processo de envelhecimento.

Como vimos, essas especificidades podem levar à identificação de alguns diagnósticos de enfermagem, com potencial de interferir no processo de recuperação cirúrgica; como exemplo, temos aqueles inerentes a mobilidade, atribuídos ao desgaste dessas estruturas com perda progressiva de massa e densidade ósseas, podendo ocorrer os distúrbios de marcha e levar a importantes limitações na realização das atividades da vida diária. As características mais comuns apresentadas por idosos é a diminuição da velocidade e das passadas no caminhar, perda do balanço normal dos braços e limitação das rotações pélvica e escapular⁽¹²⁾.

O mesmo diagnóstico encontrado em adultos e idosos poderá ter sua expressão e suas consequências diferenciadas por interferências das alterações do processo de envelhecimento. No caso de integridade da pele prejudicada e risco de infecção, ressaltamos que, na terapêutica cirúrgica, quando ocorre a abertura de uma ferida operatória, provocando o rompimento da continuidade da pele e de sua função protetora, que expõe os tecidos corporais a agentes patogênicos⁽¹⁵⁾, devemos nos ater a busca de fatores de risco que incluem o procedimento cirúrgico realizado, estado nutricional, diabetes, tabagismo, obesidade, infecções à distância, duração da internação pré-operatória, gravidade da doença e resposta imune inadequada^(1,11-15).

Com isso, o risco de infecção e a integridade da pele prejudicada podem representar maior complexidade e gravidade no idoso, uma vez que as funções do sistema imune são programadas geneticamente para diminuir ao longo do tempo, o que ocasionam a maior vulnerabilidade do idoso. O processo de envelhecimento acarreta perdas na capacidade funcional e no aumento da susceptibilidade a infecções, que ainda têm seu risco aumentado pelas transformações cutâneas representadas, principalmente, pela perda de tecido

subcutâneo, na diminuição de glândulas sebáceas e sudoríparas, provocando ressecamento e fragilidade tegumentares^(3,13-14).

Outro comprometimento encontrado referente à idade foram os problemas urinários, representados, principalmente, por alterações na frequência e urgência urinária, bem como a noctúria, graças ao enfraquecimento dos músculos vesicais e dos esfíncteres, o que pode levar à incontinência urinária. Este fato seria responsável por atrasos na micção e o consequente aumento do risco de infecção no trato urinário, já associadas ao processo de envelhecimento e potencializadas por uma intervenção operatória⁽¹⁶⁾.

A constipação foi identificada em adultos e idosos, principalmente pelo desconforto abdominal, flatulência, impactação fecal e obstrução, potencializadas pela ingestão hídrica insuficiente, o baixo consumo de fibras, número reduzido de refeições, além das doenças crônicas e do uso de medicamentos e traumas decorrentes de cirurgias. Entretanto, algumas especificidades do processo de envelhecimento podem aumentar a vulnerabilidade nos idosos, como a perda de tonacidade muscular do esfíncter intestinal, diminuição da motilidade e da lubrificação por glândulas intestinais prejudicada^(1,16).

Em relação aos diagnósticos de pesar e de negação ineficaz, as percepções negativas ou autoderrotistas sobre a própria velhice, hospitalização, doença ou ainda pelo procedimento cirúrgico realizado podem conduzir o idoso ao desenvolvimento de sentimentos de desesperança, caracterizada pela visão pessimista e negativa diante do futuro, e pode estar relacionada à depressão, bem como ao sentimento de fracasso⁽¹²⁾. Muitas vezes, ele pode se sentir incapaz de realizar com sucesso suas atividades, seja por limitações do processo de envelhecimento ou por mudanças cotidianas, como no caso das hospitalizações, daí a atenção psicossocial da enfermagem ser relevante⁽¹⁻²⁾.

Alguns diagnósticos evidenciados nos idosos podem não ter relação direta com a recuperação do procedimento cirúrgico, mas indiretamente interferem no restabelecimento deste. A dentição prejudicada, por exemplo, carece de intervenções específicas, uma vez que pode comprometer a mastigação e o estado nutricional desses pacientes, e sua consequente cicatrização por meio da ingestão insuficiente de proteínas e nutrientes necessários à mesma. As modificações odontológicas, como a perda dental, reabsorção de osso alveolar, além de força muscular,

salivação e estado nutricional, sugerem o aumento de complicações dentárias.

Além disso, durante a mastigação, a mucosa oral fica mais propensa a traumas, o que reflete na habilidade de selecionar os alimentos e formação de possíveis lesões⁽⁸⁾, potencializado com a diminuição da secreção salivar (xerostomia). Com isso, o idoso é mais propenso à dor ou sensação de queimação oral, dificultando assim a deglutição, a fala e a mastigação, ocasionando também diminuição do paladar, falta de retenção, e ainda colaborar com formação de lesões na cavidade oral, que podem evidenciar o diagnóstico de mucosa oral prejudicada. As mudanças histológicas no tecido da cavidade oral podem predispor a uma variedade de doenças orais, pois esta se torna mais delgada e sua elasticidade é comprometida com a idade, bem como a resposta imune, que predispõem a região à infecções e lesões⁽⁸⁾.

Em contraposição, observou-se nos adultos alguns diagnósticos de enfermagem em maior frequência. A dor aguda, por exemplo, apresentou destaque, mas devemos considerar que a resposta à dor nas pessoas idosas é diminuída com o processo de envelhecimento; tal diminuição é provocada por alterações nos trajetos nervosos e modificações no sistema vascular, com demora de transmissão nervosa, o que pode ser um risco de lesões graves e permanentes nesta população⁽¹¹⁾.

A ansiedade expressa pelos adultos foi relacionada principalmente por preocupações econômicas e o medo da não recuperação, e foi caracterizada por sintomas específicos como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como por fatores físicos como taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento e suor. Necessita de atenção especial pela enfermagem cirúrgica^(1,11).

A privação do sono foi mais observada nos adultos, relacionada a fatores como dor ou desconforto físico, fatores ambientais e questões emocionais. Apesar do número de horas e a qualidade do sono modificar com o envelhecimento, este não foi apontado na literatura como causa direta dos distúrbios do sono.

A falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas ou outras), e agitação noturna^(1,16), podem alterar o sono. Quando presentes devem ser consideradas para o planejamento de intervenções que promovam conforto e bem-estar.

Manutenção ineficaz da saúde e autocontrole ineficaz de saúde, estão ligados a percepção de bem-estar ou de

anormalidades no funcionamento de estratégias utilizadas para manter o controle da saúde e a normalidade do funcionamento para melhorá-los⁽⁵⁾, evidenciado pela falta de adesão a estratégias de controle das doenças crônico-degenerativas. Tal fato pode vir a comprometer o processo de envelhecimento desses indivíduos, que desde a idade adulta já apresentaram doenças que estão mais presentes na faixa etária após 60 anos.

A carência de medidas preventivas e de controle dessas doenças ao longo do tempo, ocasionada pela descontinuidade nas terapêuticas recomendadas em doenças como hipertensão e diabetes, aumentam o risco de complicações. A adesão terapêutica, referente à promoção à saúde, significa a relação colaborativa entre o paciente e os profissionais, podendo ser representada pelo grau de relação entre prescrição e o comportamento do paciente⁽¹⁸⁾, e deve ser impulsionada pelos enfermeiros desde a hospitalização, integralizando os serviços e a assistência, com orientações de promoção a saúde e contra-referência aos programas e unidades básicas de saúde.

Quando tais diagnósticos são observados nos idosos – Manutenção ineficaz da saúde e Autocontrole ineficaz de saúde – devemos nos atentar para o fato de presença de mais de uma doença crônica ou aguda, episódios de esquecimento, diminuição da capacidade sensorial e problemas econômicos além de questões relacionadas aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos e ainda horário de uso), ou à equipe de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado)⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O agravamento das doenças crônicas e a inobservância das alterações do processo de envelhecimento e suas potencialidades no processo de

recuperação cirúrgica, podem contribuir para possíveis re-internações, aumento dos custos hospitalares e novos procedimentos cirúrgicos para correção de complicações^(1,17).

CONCLUSÃO

A comparação em adultos e idosos apontou diferenças significativas nas incidências dos diagnósticos de enfermagem dentição prejudicada e riscos de queda, maiores no idoso. Nos adultos destacou-se a privação do sono, significativamente mais presente do que no grupo dos idosos.

A investigação dos diagnósticos de Promoção à saúde requer atenção especial tanto em adultos como idosos. Ao deixar de adotar comportamentos saudáveis ou não aderir ao regime terapêutico, essa clientela se expõe à possibilidade de comprometimentos clínicos futuros, agravados pelo seu processo de envelhecimento e, conseqüentemente, hospitalizações.

A diversificação dos cuidados considerando as especificidades do adulto/idoso, pode favorecer um atendimento de excelência pela enfermagem no peri-operatório. Nesse sentido, é necessário desenvolver estudos experimentais sobre o efeito das intervenções de enfermagem no processo de recuperação cirúrgica e na promoção do envelhecimento saudável.

Reconhecem-se as limitações do tamanho da amostra, e sugere-se outras pesquisas em novos cenários, principalmente referente à corroboração dos resultados encontrados neste estudo, assim como a geração de evidências para estudos de validação, da idade como fator relacionado ou de risco para determinados diagnósticos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. 13th ed. St. Louis: Mosby; 2007.
2. Vendites S, Almada-Filho CM, Minossi JG ABCD. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. ABCD : arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2010 [cited 2011 dez 29];23(3):173-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n3/v23n3a09.pdf>.
3. Rosborough D. Cardiac surgery in elderly patients: strategies to optimize outcomes. Crit Care Nurse. 2006;26:24-31.
4. Nanda I. Diagnósticos de enfermagem da Nanda-I (2009-2011). Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Carpenitto-Moyet LJ. Understanding the nursing process: concept mapping and care planning for students. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

6. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith-Kenney JW, Christensen PJ. Nursing process application of theories, frameworks, and models. St. Louis: Mosby; 1986.
7. Fehring RJ. The Ferhing Model. Classification of Nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference/North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1994.
8. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Filho Genari H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. Pesq Bras Odontoped Clin Integr [Internet]. 2005 [cited 2011 dez 29];5(1):85-90. Available from: <http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo12v51.pdf>.
9. Wacker RR, Roberto KA. Health care and wellness. In Wacker RR, Roberto KA. Community resources for older adults: programs and services in an era of change. Califórnia: Sage publications; 2008.

10. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2011 dez 29];43(3):548-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf.
11. Lacerda PF, Godoy LF, Cobianchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de "dor crônica" em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2005 [cited 2011 dez 29];7(1):29-40. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_03.htm.
12. Monteiro C, Faro ACM. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2011 dez 29];44(3):719-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/24.pdf>.
13. Htwe TH, Mushtaq A, Robinson SB, Rosher RB, Khardori N. Infection in the Elderly. *Infect Dis Clin North Am*. 2007;21(3):711-43.
14. Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009 [cited 2011 dez 29];11(2):249-56. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.
15. Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2007 [cited 2011 dez 29];60(4):416-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a11.pdf>.
16. Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
17. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol Estud [Internet]*. 2007 [cited 2011 dez 29];11(2):351-9. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>.
18. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2006 [cited 2011 dez 29];14(3):435-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf>.
19. Pena SB, Diogo, MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2006 [cited 2011 dez 29];13(5):663-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a09.pdf>.
20. Santos WL, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. *Cogitare Enferm. [Internet]*. 2009 [cited 2011 dez 29];14(2):304-10. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1562/10393>.

Artigo recebido em 30.03.2011.

Aprovado para publicação em 08.11.2011.

Artigo publicado em 31.12.2011.