CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GERIATRIA: TÓPICOS A SEREM ABORDADOS NA ENTREVISTA — PARTE I

Maria Coeli Campedelli *

CAMPEDELLI, M.C. Consulta de enfermagem em geriatria: tópicos a serem abordados na entrevista - parte I. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 3, p. 319-33, dez. 1991.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa da enfermeira, que permite a sistematização e continuidade da assistência a ser prestada. A autora faz a apresentação dos itens que considera importante sejam abordados numa consulta com o indivíduo idoso, enfocando neste trabalho os tópicos inerentes à parte inicial, que consta dos dados de identificação e dos coletados durante a entrevista.

UNITERMOS: *Consulta de enfermagem. Enfermagem geridríca.*

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem ao idoso é uma das nossas antigas aspirações e desde 1987 começamos a idealizar um modelo, que culminou em 1989 graças à participação de três alunas do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e de quatro enfermeiras de campo (duas do Hospital das Clínicas da FMUSP-HC e duas do Instituto do Coração da mesma Faculdade — INCOR). Estas colegas (alunas e enfermeiras de campo) foram chamadas a participar, propondo a criação de um modelo, exequível na prática, para a consulta de enfermagem ao idoso.

Numa fase inicial houve um período preparatório para que as alunas aprofundassem seus conhecimentos sobre o envelhecimento, tanto do ponto de vista da senescência, quanto da senilidade. Para esse fim receberam indicação de bibliografia específica e aulas ministradas por especialistas, que propiciaram maiores informações sobre o idoso.

Dois modelos foram testados (um das alunas e um das enfermeiras) e, de maneira geral, o grupo achou que ambas as consultas eram muito detalhadas: muitas perguntas eram desnecessárias; faltava espaços para algumas respostas, entre outros questionamentos levantados.

Foi feito então um estudo do modelo proposto pela Autora, tendo o grupo chegado à conclusão de que o impresso, por abordar todos os tópicos que consideravam importantes para o atendimento do idoso, e

* Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

por conter perguntas abertas propiciava plenas condições para o registro ser executado de forma adequada. O grupo propôs algumas modificações e, em consenso, chegamos ao impresso anexo. Neste trabalho justificaremos os itens da 1ª parte e da entrevista.

DESENVOLVIMENTO DOS TÓPICOS A SEREM ABORDADOS

Na consulta de enfermagem, a enfermeira deve tentar compreender o idoso como um todo, avaliando e procurando obter informações para que possa após a entrevista e o exame físico, indicar a conduta desejada ou seja, determinar as intervenções de enfermagem para prestar os cuidados que se fazem necessários durante a consulta; dar a orientação indicada para aquele momento e encaminhá-lo para outros profissionais, quando a solução do problema detectado não for de sua competência.

Na primeira parte, a enfermeira, ao dirigir-se ao cliente, deverá chamá-lo pelo nome, tocar respeitosamente em seus ombros ou em suas mãos, apresentar-se dizendo-lhe que é enfermeira e qual o seu nome. Cumprimentar o acompanhante e solicitar o nome e grau de seu parentesco com o idoso; a seguir, registrar, *nome* do idoso no impresso, número de seu respectivo *registro* na entidade; *sexo*, *idade* em anos e meses e *estado civil*; investigar *há quanto tempo* está naquele "estado civil", pois, segundo PACHECO e SILVA²⁷, ao ocorrer a viuvez de um dos cônjuges de um casal feliz, o sobrevivente sofre horivelmente a solidão, particularmente quando não tem outros elementos da família com os quais possa continuar a viver.

Na escala de Holmes (que organiza numa sequência de pontos os fatores estressantes), a morte do cônjuge ocupa o ponto máximo como agente estressor (BAUK)². Este mesmo autor ainda refere que o estresse está intimamente relacionado com o sentido de "mudanças" e, portanto, a morte de alguém muito importante é uma mudança que o idoso vai enfrentar; como consequência, esta tem fortes repercussões negativas na área psicológica, podendo também afetar de modo marcante a área econômica, inclusive obrigando o idoso a morar com outras pessoas da família ou a ser internado em pensionato ou asilo.

GIOILLA; BEVIT¹⁷, enfatizam a importância que envolve a coleta de dados sobre os relacionamentos significativos do cliente. Lembrem, ainda, que se a perda do cônjuge foi recente, a enfermeira deve identificar em que etapa do processo de sofrimento o cliente se encontra e se os sintomas físicos relacionam-se a esse processo. A enfermeira deve estar atenta aos sinais de depressão ou crise eminente.

Religião — JORDÃO NETTO²⁰, explica que, para os idosos, a religião tem um sentido especial, pois, além de significar conforto espiritual e refúgio para as angústias e depressões típicas da 3ª idade, também funciona como um suporte psicológico, já que nesta fase da vida a sombra da morte torna-se cada dia mais próxima.

A necessidade de ter “forte crença em Deus e vida cristã” (ter uma religião), foi o segundo fator mais citado pelos idosos que alcançaram o “bem estar” (ativos, capazes de total entendimento, falando e lembrando-se do passado) após os 85 anos, segundo uma pesquisa nos Estados Unidos¹⁹, o que é corroborado por ROBERTS²⁹ ao enfatizar que as necessidades espirituais dos idosos são tão importantes quanto as alimentares.

Instrução — BERQUÓ; LEITE⁴, ao elaborarem algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil, chamam a atenção para o fato de que atualmente, 50% das pessoas com 60 anos de idade ou mais são analfabetas; continua explicando que, mesmo daqueles que conseguiram chegar às escolas, apenas 50,4% puderam completar o curso primário.

Fica clara a importância da enfermeira trabalhar com o idoso sabendo qual é o seu grau de instrução, pois este deve ser levado em consideração quando aborda o paciente durante a consulta de enfermagem.

Ocupação anterior e ocupação atual — Estes tópicos são de suma importância, pois, quando existe defasagem, principalmente financeira, entre as duas ocupações, desencadeia-se um processo de insatisfação e inconformismo que repercute negativamente no indivíduo.

Para SALGADO³², a aposentadoria é uma forma de produzir a rotatividade no trabalho pela troca de gerações, permitindo aos jovens o acesso a uma atividade remunerada. A partir daí criou-se novo valor social, que considera que os indivíduos, após determinada idade, devem abandonar as atividades economicamente produtivas e ser mantidos financeiramente pelo sistema.

Em estudo de HOGSTEL; KASHKA¹⁹, dos 302 idosos de 85 anos ou mais, foram encontrados 98% aposentados; porém, seis idosos ainda trabalhavam em tempo integral, inclusive dois que eram donos e administravam seu próprio negócio.

Segundo Hadid, em entrevista a GOMES¹⁸, é preciso que no Brasil se criem cursos preparatórios para a aposentadoria, iniciados de quatro a cinco anos antes do indivíduo se aposentar. Através desses cursos pode-se descobrir uma nova habilidade, escolher um hobby ou desenvolver o lado artístico, o que também é enfatizado por SALGADO³².

Ao se aposentar, o idoso não deve cair na inatividade total; o ideal seria que ele assumisse uma atividade em meio período do dia, principalmente porque os aposentados, em sua grande maioria, estão recebendo uma pensão que não lhes permite satisfazer suas próprias necessidades básicas, e portanto dependem de outros para tomar as decisões.

Onde mora e com quem mora — Registrar o endereço do idoso e o grau de parentesco da pessoa com quem ele mora.

As respostas a estas perguntas nos vão fornecer indícios das facilidades e ou dificuldades que o idoso tem no seu cotidiano e também vão apontar quais são os sistemas de apoio com os quais ele pode contar.

Porque procurou o hospital — Esta pergunta tem como objetivo levantar as queixas mais recentes do cliente ou paciente.

Os idosos caracterizam-se por apresentarem múltiplas enfermidades, na maioria de longa duração ^{9,13,26,34,38,41}.

BRUNNER; SUDDARTH⁵ referem que as doenças crônicas foram chamadas de “companheiras dos velhos”, e que, quase todas as pessoas acima de 65 anos de idade são afetadas por pelo menos uma doença. Numa pesquisa recente feita por nós com pacientes internados em uma clínica geriátrica em São Paulo; os 46 pacientes estudados tiveram 160 diagnósticos registrados, o que dá uma média de 3,47 diagnóstico/idoso ²⁶.

Quem responde? idoso, outro, especificar — Pretende-se verificar o grau de autonomia que o idoso está apresentando no momento, em relação às informações fornecidas. É importante estar alerta para constatar qual é a interferência do acompanhante. A interferência muitas vezes se torna necessária, principalmente quando existe deterioração visual ou auditiva, processos mórbidos como a depressão, alteração progressiva da auto-imagem nervosismo, apatia, etc.

Características da habitação — Investigar as características da habitação é muito importante, pois podem, quando não adequadas, dificultar a vida do idoso e facilitar quedas, sendo estas muito comuns na idade avançada. Sua incidência aumenta com a idade.

CUNHA e GUIMARAES¹⁵ referem que “aos 80 anos, um indivíduo tem 1/3 de chance de sofrer uma queda”, e como fatores extrínsecos envolvidos em quedas, citam, entre outros: iluminação inadequada, assoalhos escorregadios, escadas em más condições, prateleiras de difícil alcance, vasos sanitários muito baixos, animais em casa. Tais fatores são também enfatizados por SERRO AZUL et al³⁴, quando referem que as condições da habitação atual do idoso são de suma importância, em especial por causa dos perigos de acidentes domésticos, pois é, dentro de casa que a maioria dos idosos permanece durante a maior parte do seu tempo.

As pessoas idosas necessitam ter um lugar seu, próprio, um lugar especial que lhes possa oferecer segurança, conforto e privacidade. É importante que o idoso tenha o seu “território”, que pode ser a sua casa ou o seu quarto, onde ele possa guardar os seus “tesouros” e recordações de toda a sua vida ⁶.

Lazer e recreação — SALGADO³² revela que o principal obstáculo à prática do lazer é o isolamento que, inevitavelmente, conduz à solidão. Ele afirma que o isolamento e a solidão são experiências comuns na velhice, determinadas pelo abandono das atividades profissionais e alheamento às relações interpessoais.

No trabalho de pesquisa de QUEIROZ; TRINCA²⁸, sobre a influência do lazer em pessoas da terceira idade, as autoras concluíram que os

idosos têm necessidade de participar de atividade de lazer porque se sentem sozinhos.

O convívio social é necessário ao homem em qualquer idade, e os idosos têm de ser incentivados a preencher o tempo de forma agradável, utilizando as suas aptidões, pois isto contribuirá para melhoria da sua saúde mental e o fará sentir-se útil. Conforme escreve BUSCAGLIA ⁷ "A senilidade não surge da velhice, surge de não se sentir útil. Enquanto se for útil, nunca será velho! Continue a ser ativo! Arranje coisas para fazer! Coisas que tenham um significado para você".

Sono e repouso — Na velhice, a necessidade de sono gradualmente diminui. Por volta dos 65 anos, três a seis horas por noite, com um repouso durante o dia, é tipicamente tudo quanto é necessário. O sono muda, tornando-se mais leve e mais conturbado, as noites ficam mais curtas e mais agitadas, levando muitos dos que se lembram do sono gostoso da juventude a reclamar de insônia. Isto acarreta, como consequência, que a metade das mulheres idosas e um quarto dos homens idosos tomem grandes quantidades de pílulas para dormir, desnecessariamente ³⁷.

Os problemas de sono mais comumente relatados, segundo TAVARES JÚNIOR ³⁶, são: dificuldade para adormecer, sono interrompido, duração curta do período de sono, experiência subjetiva de "sono que não descansa", sonolência diurna, redução do bem estar durante a vigília e troca do dia pela noite. Este autor ainda refere que a queixa de dificuldades com o sono é a mais comum em medicina geriátrica.

Locomoção, atividades físicas e esforços — No estudo de HOGSTEL; KASHKA ¹⁹, em 302 idosos com 85 anos e mais, o fator atividade (trabalho, exercícios, atividade física e mental), foi o mais referido por todos os idosos, como sendo o responsável pela longevidade com saúde, tornando-os ativos e capazes de todos os entendimentos.

ROSSMAN ³¹, ao abordar as alterações humanas no envelhecimento, mostra através de vários exemplos que as alterações do envelhecimento são, muitas vezes, devidas a um complexo de forças interatuantes e, em alguns pontos, pode ser difícil ter-se certeza de quais os fatores intrínsecos, quais as alterações inevitáveis e quais aquelas impostas no tecido por forças externas. É fato constatado que o envelhecimento conduz à diminuição no tamanho e peso da maioria dos órgãos e de outras partes do corpo (com algumas exceções, entre elas a próstata, que aumenta na idade avançada), sendo, portanto, de se esperar que haja também decréscimo na capacidade funcional.

O sedentarismo acarreta problemas no sistema osteoarticular, por má postura, problemas no equilíbrio, na marcha, problemas circulatórios e deformidades, entre outros ⁵.

SILVA ³⁵ alerta que o exercício de atividades físicas é um tributo para a boa saúde, esclarecendo que, na ausência de um medicamento ca-

paz de retardar o processo de envelhecimento, as mudanças provocadas por esse processo poderão, do ponto de vista funcional, ter seu efeito contrabalançado através de exercícios e atividades físicas adequados, regulares e suficientes. Prossegue afirmando que há necessidade de se ajustar, adequadamente, a intensidade e quantidade de exercícios e atividades à real condição e capacidade física do indivíduo, só assim estará o idoso propiciando a melhora de sua aptidão física e motora, aprimorando a força, tonicidade e resistências muscular e cárdio-respiratória.

É importante estar alerta quanto à intensidade, duração e regularidade dos exercícios, para que os sintomas referentes aos esforços possam ser controlados.

Alimentação e Hidratação — Vários autores relatam que os problemas da nutrição no idoso são afetados por diversos fatores e que a perda do apetite advém da diminuição de sensibilidade ao paladar e ao olfato, o que ocorre com o passar dos anos¹. Dificuldade na mastigação, por falta dos dentes ou próteses mal-adaptadas, constituem empecilho à boa alimentação, já que alguns alimentos exigem muita mastigação^{3,10,11,14,23,34,39}.

XAVIER³⁹ refere ainda que o fator econômico também interfere na alimentação, à medida em que há uma tendência dos idosos de comerem alimentos ricos em carboidratos, por serem mais baratos e deixarem de comer os alimentos protéicos, mais caros. Mostra, ainda, que o ambiente social também tem influência, pois quando o idoso não tem companhia no horário das refeições, ele, na maioria das vezes, perde o incentivo, que reflete em falta de apetite, não sentindo prazer no ato de comer.

CUNHA¹⁴ refere que, na velhice, há uma progressiva redução da água corporal, e que os mecanismos fisiológicos de manutenção do equilíbrio hídrico sofrem alterações com o passar dos anos; a redução acentuada da sensação de sede, por exemplo, torna esta manifestação um indicador pouco eficiente da necessidade de água.

A hidratação é muito importante para o ser humano, e a ingestão adequada de líquidos é essencial para o funcionamento perfeito do corpo³. Os idosos que apresentam algum tipo de problema como a incontinência urinária, ou aqueles que dependem de outras pessoas para receber a alimentação, acabam ingerindo sempre menor quantidade de líquidos do que deveriam, o que acarreta problemas de pele e mucosas secas, constipação intestinal, entre outros.

Eliminações: urinária e fecal — LEDUC²¹, ao abordar os sinais e sintomas em urologia geriátrica, chama a atenção para o fato de que 10% da população entre 65-74 anos são incontinentes, e que após 75 anos a prevalência aumenta de maneira significativa, em especial entre as mulheres.

Para CUNHA¹³, a incontinência urinária é problema comum e gerador de consequências sociais embaraçosas, o que é reforçado por LE-

DUC²¹, quando ressalta que ela constitui um dos grandes fatores de degradação da qualidade de vida dos idosos e de sua rejeição pela sociedade.

Em termos práticos a incontinência urinária no idoso é classificada como segue¹³.

- Pseudoincontinência: infecção urinária, uso de diuréticos, ambiente estranho;
- Retenção por transbordamento: hipertrofia prostática, fecaloma, tumores abdominais, drogas anticolinérgicas;
- Bexiga neurogênica não inibida: lesão cerebral por tumor, A.V.C. ou demência;
- Incontinência de esforço: prolapso, dano ao assoalho pélvico por parto;
- Vaginite senil: deficiência estrogênica.

É ainda importante salientar que o indivíduo, que levanta várias vezes à noite para urinar, está mais sujeito às quedas, principalmente se tiver tomado droga de ação central, aliada à deficiência visual e instabilidade postural.

O indivíduo idoso tem tendência à obstipação, principalmente pela falta de exercícios físicos e devido a erros alimentares. É normal a frequência das evacuações diminuir à medida que os idosos passam, também, a comer menos. Segundo CONTE; BETTARELLO¹², vários são os fatores responsáveis pelo aparecimento da constipação intestinal no idoso; citam: queda de tônus intestinal, diminuição da peristalse, perda da força muscular abdominal, diminuição da sensibilidade da ampola retal, ingestão diminuída de alimentos e líquidos, erros dietéticos, má dentição, anorexia, falta de exercício físico, ansiedade e ou depressão e uso de algumas drogas (anti-histamínicos, antiácidos à base de alumínio e carboidrato de cálcio, entre outros).

Sabemos que a frequência da evacuação, desde três vezes ao dia até três vezes por semana é considerada normal, mas muitos idosos acreditam, conforme relata MEIRA²³, que, se a evacuação não for diária, o seu ritmo intestinal já está alterado. O idoso preocupado com o funcionamento intestinal costuma recorrer a laxantes, cujo uso demasiado, nos casos de grandes períodos de constipação, pode provocar impactação fecal, com fezes aquosas e repetidas (falsa diarreia), acompanhadas ou não de dores e tenesmo³³.

É importante lembrar que, para amenizar ou mesmo resolver os problemas de constipação intestinal do indivíduo idoso, a enfermeira deve orientá-lo no sentido de que, além da necessidade de exercícios físicos regulares como caminhar, precisa ingerir principalmente frutas, verduras, aveia, pão de trigo integral e farelo de trigo.

Tabagismo e etilismo — Todos os vícios crônicos explicam os respectivos sintomas surgidos na idade avançada. Fumo e álcool são fatores maléficos em qualquer idade da vida.

COMFORT¹¹ aborda os problemas causados pelo álcool e fumo, mostrando, entre outros malefícios, que as bebidas afetam o bom funcionamento do cérebro e aumentam a probabilidade de quedas, um perigo capital na velhice, e que o fumo, não só é responsável pelo câncer de pulmão e por ataques cardíacos, como também pela perda de elasticidade dos pulmões, que traz como consequências as bronquites e enfizemas, determinantes de uma velhice arquejante, exânime e breve.

As alterações emocionais dos alcoólatras, em especial a depressão, predispõem à impotência, enfatiza LEDUC²¹.

TAVARES JÚNIOR³⁶ explica que o alcoolismo a curto prazo produz redução da ansiedade, mas a longo prazo aumenta-a. Assim, alguns pacientes idosos, no início obtêm alívio da ansiedade mas posteriormente o quadro se agrava. Na maioria dos casos em que o uso crônico de álcool e ansiedade estão juntos no idoso, o problema primário foi o alcoolismo.

SERRO AZUL³³ orienta que, para os idosos, as medidas corretivas, tanto para o tabagismo como para o alcoolismo, devem-se apoiar mais em possíveis benefícios imediatos e evitar a imposição de restrições desproporcionais à expectativa de vida do paciente.

Sexualidade — LEDUC²¹ ao tratar do problema da sexualidade no idoso, faz referência que, aos 75 anos, mais da metade dos homens apresenta impotência sexual. Alerta para que tal fato não deva ser considerado como uma decorrência natural do envelhecimento, posto que está relacionada a uma série de alterações biológicas e psíquicas possíveis de intervenção, o que é enfatizado por RODRIGUES NETO JÚNIOR³⁰, esclarecendo que a manutenção da atividade sexual do idoso depende de fatores psicológicos, sociais e fisiológicos, e que deste último, o principal é a experiência sexual no passado. Esta difere do sexo masculino para o feminino. No homem a experiência sexual passada tem importância não só quanto à frequência de relações sexuais como também quanto ao fato de ter sido agradável e quanto ao interesse existente. No sexo feminino, entretanto, somente interessa o fato de a experiência sexual passada ter sido agradável, não importando a frequência, nem o interesse pelo sexo.

Os fatores que influem negativamente na manutenção da atividade sexual, são abordados por diversos autores; os mais frequentes são, segundo RODRIGUES NETO JÚNIOR³⁰: avanço da idade, hipertensão arterial (pelo uso de drogas anti-hipertensivas e fator psicológico); uso de tranquilizantes, infarto agudo do miocárdio (pelo temor de recidiva provocada pelo esforço despendido durante o ato sexual), menopausa (na mulher), fumo, álcool, obesidade, diabetes, uretrites, prostatites, hipertrofia benigna da próstata, carcinoma prostático. Este autor ainda chama atenção para os fatores psicológicos e cita como fator negativo, o excesso de preocupação sobre o estado físico. Quanto aos fatores sociais,

estes interferem diretamente, o mesmo acontecendo com o fator econômico, que pode abalar tanto o homem quanto a mulher, levando a crises psicológicas e ambientais.

O tipo de conduta que a enfermeira toma, quando detecta problemas de alterações que ocorrem nesta necessidade, é de suma importância, pois na velhice o libido se mantém, mas a atividade sexual decai, refletindo numa piora da qualidade de vida, que pode trazer distúrbios psicológicos (RODRIGUES NETTO JUNIOR)³⁰, assim, o encaminhamento para o psicólogo deve ser feito quando necessário.

Entre as várias sugestões para as intervenções junto aos idosos quanto ao problema na esfera da sexualidade, FINCH¹⁶ também chama a atenção para "que a sexualidade seja encarada de modo adequado como uma função de igualdades e diferenças, dessa forma apreciando a qualidade de relação e dando ênfase à pessoa e, não, a um desempenho".

A enfermeira deve ter incorporado nos seus conhecimentos que a sexualidade não compreende exclusivamente o coito, e o orgasmo, e sim a carícia, o afeto, o companheirismo, o aconchego e, principalmente, pelo toque e expressão facial que transmitem carinho e respeito ao sentimento do outro.

Condições de comunicação — Após as necessidades de sobrevivência, a de se comunicar é a mais importante na hierarquia humana e, talvez signifique a diferença entre o estado de pessoa e não pessoa ⁴⁰.

Para SERRO AZUL³³ a comunicação com o indivíduo idoso, não é tarefa simples, pois os estados de diminuição da audição e visão, comprometimento da memória e raciocínio, dificultam-na sobremaneira. No entanto, ROBERTS²⁹ enfoca que a enfermeira é o profissional que está sempre alerta e preocupada em conservar o sentido de valor e dignidade do paciente, personalizando a sua assistência, o que faz o idoso sentir que pode comunicar os seus temores e preocupações.

Segundo BRUNNER; SUDDARTH⁵, idoso deseja ser tratado como uma pessoa de valor e dignidade, quer ser ouvido atentamente e que os planos para o seu futuro sejam com ele discutidos; o mesmo foi constatado por MILLER²⁴, ao entrevistar mulheres residentes em asilos. Esta autora referiu ter a clientela demonstrado sentir, durante a entrevista, que o importante era o que ela, a clientela, dizia; portanto reforçou a tese de que: o tempo gasto ouvindo-se um cliente é tão valioso quanto o tempo gasto assistindo às suas necessidades físicas. Ouvir aquilo que os idosos pensam ser importantes pode beneficiá-los mais do que atendê-los com qualquer outro tipo de cuidado.

CAMPEDELLI⁸ refere que "quanto mais a enfermeira conhecer a respeito do seu paciente e estar disponível para ele, melhor será a assistência que ela poderá prestar", e é através da comunicação verbal e não verbal que o idoso terá a percepção desta disponibilidade que facilitará o processo de comunicação.

Condições de orientação no tempo e espaço — Durante a entrevista, a enfermeira deve ir fazendo perguntas do tipo: Qual é a data de hoje? Que hora o senhor acredita que seja agora? (sem olhar no relógio); em que rua fica este hospital? Em que andar nós estamos? etc., com o objetivo de verificar como o idoso está orientado.

Existem vários tipos de testes que possibilitam fazer avaliação da orientação temporal, espacial, atenção, cálculo, memória recente, linguagem, entre outras ³⁶.

A enfermeira, ao suspeitar ou mesmo detectar qualquer tipo de problema nesta área deverá, como conduta, encaminhar o idoso ao profissional que detém mais saber nesta área, para melhor avaliação e posterior orientação.

Outras informações — Este espaço foi previsto, pois, durante a consulta de enfermagem, aqueles pontos mencionados pelo cliente e ou seu acompanhante, ou aqueles que a enfermeira percebeu que dificultaram a interação, tenham espaço para o seu registro.

MEDRADO ²², tecendo considerações sobre a assistência de enfermagem ao paciente geriátrico, destacou que os dados e informações importantes vão auxiliar a enfermeira na execução do seu plano de assistência.

Alguns dados e informações, embora não previsíveis, tornam-se fundamentais, pois cada indivíduo é único e como tal deve ser visto; portanto, se as informações forem pertinentes, auxiliarão sobremaneira a enfermeira a ser mais eficiente ao prescrever sua conduta, e assim possibilitar maior resolutividade dos problemas.

CONCLUSÃO

Nesta primeira parte justificamos os itens da entrevista que consideramos fundamental sejam abordados para a enfermeira poder bem assistir o indivíduo idoso, utilizando a consulta de enfermagem. A fim de concluir esta primeira abordagem, reproduziremos o depoimento que foi realizado por uma das alunas (participantes do processo de elaboração dos modelos), pois acreditamos que ele sintetiza esta atividade e nos remete a pensar no modo de *como* e *porque* assistir o idoso utilizando esta sistematização.

Depoimento da aluna

“É inquestionável a necessidade do idoso ser atendido, orientado e supervisionado nas orientações pela enfermeira. Parte das alterações inerentes ao idoso são dependentes de atenção médica mas, ao lado dessas, observa-se uma série imensa de ocorrências que fogem da especificidade desse profissional mas que devem ser da competência da enfermeira.

Isso se observa tanto no idoso hospitalizado como no que é acompanhado em regime ambulatorial onde a enfermeira deve desenvolver a sua atividade legal de consulta de enfermagem, que é estruturada e adequada às alterações observadas nos idosos. A criação de um impresso próprio para o atendimento a esses pacientes é útil, uma vez que são abordados apenas os itens que são importantes para o seu atendimento. No impresso devem ficar registrados (documentados) os problemas identificados e as condutas prescritas, de forma a permitir uma sistematização e continuidade da assistência prestada”.

A complementação dos outros itens para a consulta de enfermagem será objeto do estudo da parte II deste trabalho.

CAMPEDELL, M.C. Nursing consultation in geriatrics: justification for topics in nurses' interview. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 3, p. 319-33, Dec. 1991.

The nursing consultation allows systematic and continuous care of the patient. The author describes important topics such as identification and initial data collection during nurses' interview of geriatric patient.

UNITERMS: *Nursing consultation. Geriatric nursing.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANGULO, M.S. Nutrição adequada. *Geriatr. Síntese*, v. 1, n. 4, p. 13-6, 1984.
02. BAUK, D.A. Stress. *Rev. Bras. Saúde Ocupac.*, v. 13, n. 50, p. 28-36, 1985.
03. BERGER, R. As necessidades alimentares dos idosos. In: BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. p. 98-106.
04. BERQUÓ, E.S.; LEITE, M. da M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ci. e Cul.*, v. 40, n. 7, p. 679-87, 1988.
05. BRUNNER, L.S.; SUDDART, D.S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 4. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. p. 209-35: Apoio de enfermagem a pessoas idosas.
06. BRUNNER, L.S.; SUDDART, D.S. *Textbook of medical — surgical nursing*. 6. ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1988. p. 141-68: Health care of the older adult.
07. BUSCAGLIA, L. *Amor*. Rio de Janeiro, Record, 1972.
08. CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. *Rev. Paul. Hosp.*, v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.
09. CAVALCANTI, P.C.U. Semiologia geriátrica. In: AMANCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.U. *Clínica geriátrica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975. p. 19-24.
10. CHINI, G. et al. Nutrição e velhice. In: AMANCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.U. *Clínica geriátrica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975. p. 73-83.
11. COMFORT, A. *A boa idade*. São Paulo, Difel, 1979.
12. CONTE, V.P.; BETTARELLO, A. Intestinos. In: SERRO AZUL, L.G.C.C. de et al. *Clínica do indivíduo idoso*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, p. 102-112.
13. CUNHA, U.G. de V. Os grandes problemas geriátricos. *Geriatr. Síntese*, v. 2, n. 5, p. 17-20, 1985.

14. CUNHA, U.G. de V. Sinais e sintomas inespecíficos. In: GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. *Sinais e sintomas em geriatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 19-27.
15. CUNHA, U.G. de V.; GUIMARAES, R.M. Sinais e sintomas no aparelho locomotor. In: GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. *Sinais e sintomas em geriatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 141-54.
16. FINCH, C.B. Teorias biológicas do envelhecimento. In: BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. p. 79-84.
17. GIOILLA, E.C.; BEVIT, C.W. Nursing care of the aging client: promoting healthy adaptation. Norwalk, Appleton Century Crofts, 1985. p. 189-96: Identifying the client at risk.
18. GOMES, I.C. Um desafio para quem não nasceu ontem. *Desfile*, n. 226, p. 132-5, 1988.
19. HOGSTEL, M.O.; KASHKA, M. Staying healthy after 85. *Geriatr. Nurs.*, v. 10, n. 1, p. 16-8, 1989.
20. JORDÃO NETTO, A. *A segregação do velho na sociedade*. São Paulo, Secretaria de Descentralização e Participação do Estado de São Paulo, Conselho Estadual do Idoso, 1986.
21. LEDUC, M.M.S. Sinais e sintomas em urologia geriátrica. In: GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. *Sinais e sintomas em geriatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 127-40.
22. MEDRADO, A. Enfermagem geriátrica. In: AMANCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.V. *Clínica geriátrica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975. p. 25-31.
23. MEIRA, R.L. de C. et al. Sinais e sintomas em gastroenterologia geriátrica. In: GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. *Sinais e sintomas em geriatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 113-25.
24. MILLER, C.M. A past well remembered... *Geriatr. Nurs.*, v. 10, n. 1, p. 28-9, 1989.
25. MONTEIRO, M.E.; CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria: uma nova concepção dentro de um hospital geral. *Acta Paul. Enf.*, v. 2, n. 2, p. 46-50, 1989.
26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicación de la epidemiología al estudio de los ancianos: informe de um grupo científico de la OMS. Ginebra, 1984. 90 p. (Série de Informes Técnicos, 706).
27. PACHECO e SILVA, A.C. O problema da sensibilidade do mundo moderno. In: SERRO AZUL, L.G.C.C. de et al. *Clínica do indivíduo idoso*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. p. 341-5.
28. QUEIROZ, J.B.; TRINCA, S. de F. Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Rev. Bras. Enf.*, v. 36, n. 1, p. 95-106, 1983.
29. ROBERTS, S.L. Anomalias cardiopulmonares no envelhecimento. In: BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979, p. 254-81.
30. RODRIGUES NETTO JÚNIOR, N. O problema sexual na velhice. *An. Paul. Med. Cir.*, v. 104, n. 8, p. 131-44, 1977.
31. ROSSMAN, I. Alterações humanas no envelhecimento. In: BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. p. 68-78.
32. SALGADO, M.A. *Velhice: uma nova questão social*. 2. ed. São Paulo, SESC-CETI, 1982.
33. SERRO AZUL, L.G.C.C. de. Aspectos táticos da propedêutica geriátrica. *Geriatr. Síntese*, v. 1, n. 6, p. 20-5, 1984.
34. SERRO AZUL, L.G.C.C. de et al. O primeiro contato com o paciente. In: SERRO AZUL, L.G.C.C. de et al. *Clínica do indivíduo idoso*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. p. 12-22.

35. SILVA, A.B. Atividade física: um imperativo em todas as idades. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, *Problemas do idoso: um desafio social*. São Paulo, 1984. cad. 4, p. 1-17.
36. TAVARES JÚNIOR, A.R. Sinais e sintomas em psicogeriatricia. In: GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. *Sinais e sintomas em geriatricia*. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 59-105.
37. TOUFEXIS, A. Older-but coming on strong. *Time*, v. 22, p. 34-6, 1988.
38. VERAS, R.P. et al. Crescimento de população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Públ.*, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.
39. XAVIER, E.R.A. Nutrição. In: GOMES, F.A. de A.; FERREIRA, P.C.A. *Manual de geriatricia e gerontologia*. Rio de Janeiro, Editora Brasileira de Medicina, 1985. p. 303-7.
40. WOLANIN, M.O. Avaliação de enfermagem. In: BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. p. 356-76.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Planning and organization of geriatric services: report of a WHO expert committee*. Geneva, 1974. 46 p. (Technical Reports Series, 548).

Recebido 08/11/90

ANEXO

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Geriatria

Nome:_____ RG:_____ Sexo:_____

Idade:_____ Estado Civil:_____ Há quanto tempo:_____ Religião:_____

Instrução:_____ Ocupação anterior:_____

Ocupação atual:_____

Onde mora:_____ Com quem mora:_____

Porque procurou o hospital:_____

Quem responde?: idoso () outro () especificar_____

Características da habitação_____

Lazer e recreação_____

Sono e repouso_____

Locomoção, atividades físicas e esforços_____

Alimentação e hidratação_____

Eliminações: urinária_____

fecal_____

Tabagismo e etilismo_____

Sexualidade_____

Condições de comunicação_____

Condições de orientação no tempo e espaço_____

Outras informações _____

Sinais Vitais: T: _____ P: _____ R: _____ PA: _____

Peso: _____ Altura: _____ Observações: _____

Condições de higiene _____

Cabeça e pescoço _____

Audição _____

Visão _____

Tronco anterior e posterior _____

Membros _____

Medicações e tratamentos — (prescritos e por conta própria) _____

Qual é a sua maior preocupação no momento _____

Observações _____

Condutas _____

Data _____ Assinatura da enfermeira _____

(COREN Nº)