

Resumo

Este estudo, descritivo exploratório de campo com enfoque quanti-qualitativo, teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de idosos com distúrbio mental. Foram entrevistados 48 idosos que compareceram a um ambulatório de saúde mental, utilizando-se um instrumento sobre qualidade de vida, traduzido e validado. Os dados coletados possibilitaram identificar dezesseis diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA. Os mais comuns foram os que se referem às dificuldades inerentes ao dia a dia de uma pessoa em processo de envelhecimento, sentimento de pesar disfuncional e déficit de atividade de recreação (83,3%), andar prejudicado (81,2%), risco para trauma (68,7%) e ansiedade (62,5%).

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Saúde do idoso. Enfermagem

Abstract

This is a descriptive, exploratory study with a qualitative and quantitative approach, whose aim is to identify Nursing diagnosis in elderly people suffering from mental disorders. Forty-eight elders of the mental open clinic were interviewed, by means of an instrument on quality of life, translated and validated. Data collected helped to identify sixteen Nursing diagnoses, based in North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The most common ones were those related to difficulties in daily activities in an individual going through the aging process, such as: dysfunctional sorrow feeling, lack of recreational activity (83.3%); impaired walking (81.2%), risk of trauma (68.7%), and anxiety (62.5%).

Descriptors: nursing diagnosis; aging health; nursing

Title: Nursing diagnosis made in elderly people with mental disorders

Resumen

Este estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo-calitativo pretende identificar los diagnósticos de enfermería de ancianos con disturbios mentales. Se entrevistaron 48 ancianos, quienes iban a un ambulatorio de salud mental. El instrumento utilizado estaba traducido y validado y trataba sobre calidad de vida. Los datos colectados, posibilitaron identificar dieciséis diagnósticos de enfermería, según la Taxinomia II de NANDA. Los más comunes fueron los que se refieren a las dificultades inherentes de la vida cotidiana de una persona en proceso de envejecimiento, tales como: sentimiento de pesadumbre disfuncional y déficit en la actividad recreativa (83,35), deambulacion comprometida (81,2%), riesgo de trauma (68,7%) y ansiedad (62,5%).

Descriptores: diagnósticos de enfermería; salud del anciano; enfermería

Título: Diagnósticos de enfermería en ancianos con disturbios mentales

1 Introdução

No Brasil, nas últimas duas décadas estamos nos deparando com um aumento gradativo e constante da população de idosos ⁽¹⁾. O reflexo deste crescimento já se faz sentir nas instituições hospitalares gerais e, nos últimos 5 anos, na população que recorre à assistência tanto ambulatorial como hospitalar das instituições psiquiátricas.

O impacto social deste aumento será enorme e sabemos que não estamos devidamente preparados para enfrentá-lo. No Brasil, percebe-se claramente o despreparo da população, inclusive dos profissionais de saúde, em relação a esta etapa da vida.

A velhice engloba aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Do ponto de vista social, o indivíduo imagina uma aposentadoria feliz, com lazer, viagens, amigos e família. Na prática, a questão da aposentadoria representa uma diminuição salarial significativa, inviabilizando, na maioria das vezes, os sonhos. Teoricamente, seria um período de descanso ou de diminuição de atividades.

Em uma sociedade capitalista porém, o aposentado (idoso) é um ser "improdutivo", não valorizado, constituindo-se um peso para seus familiares e um ônus para os serviços previdenciários ⁽²⁾. Esta visão repercute na saúde mental e física da pessoa que acaba incorporando, como idoso, essa idéia de si mesmo.

O idoso pode tornar-se depressivo pelas razões expostas, mas também porque é neste período da vida que sofre as maiores perdas como: morte de amigos e familiares, distanciamento dos filhos, perda de *status* e de papel social. Por outro lado, corre o risco de desenvolver outros quadros, desencadeados pelas mesmas causas.

Os quadros depressivos como síndrome depressiva, depressão maior, depressão mascarada e distímias são os mais comuns nesta faixa etária. O aparecimento de quadros psicóticos é raro, porém, existem relatos de quadros esquizofrênicos tardios, bem como de reações psicóticas breves. Demências e doença de Alzheimer estão sendo relatadas em maior número, provavelmente pelo aumento da expectativa de vida das pessoas.

Entre os distúrbios ansiosos, os principais são a ansiedade e a hipocondria. Das síndromes mentais orgânicas o *delirium* se sobressai pela intensidade dos sintomas e risco que representa para o idoso. Distúrbios do sono e distúrbios cognitivos (diminuição da memória, percepção, desempenho intelectual e capacidade de resolução de problemas) surgem à medida que o idoso avança em idade ^(2,3,4).

Por outro lado, o envelhecimento biológico, como processo natural, conduz o ser humano a uma maior susceptibilidade a algumas patologias sendo mais comuns as cardíacas; cérebro-vasculares; artrites e reumatismos; pulmonares (respiratórios) sobressaindo bronquites, enfisema e asma; o câncer, sobressaindo o de próstata, o de pele e o gástrico; mentais, sobressaindo os quadros depressivos, as confusões mentais e as demências ⁽⁵⁾.

A assistência de enfermagem ao idoso requer além de conhecimento científico específico, a visão global das necessidades do indivíduo, sobretudo, àquele acometido de distúrbio mental.

A atenção ao idoso até um passado bem próximo não era valorizada ou considerada uma especialidade da área da enfermagem. O panorama no Brasil, vem sofrendo transformações na última década, transformações essas,

* Enfermeira. Doutor em Ciências. Professor Titular I da Universidade Guarulhos- UNG.

** Enfermeira. Obstetiz. Doutor em Enfermagem. Professor Titular I da Universidade Guarulhos -UNG

E-mail do autor: fernands@uol.com.br

decorrentes da conscientização do envelhecimento populacional e da necessidade do aprimoramento do conhecimento específico em enfermagem para assistir o indivíduo nesta faixa etária.

O levantamento de problemas bem elaborado com *anamnese* e exame físicos acurados que permitam a identificação dos diagnósticos de enfermagem, é uma maneira de desenvolver e aprimorar a assistência ao idoso, pois certamente gerará intervenções de enfermagem que possibilitarão, por sua vez, uma atenção de qualidade.

O diagnóstico de enfermagem é uma declaração dos problemas de enfermagem do paciente. Inclui a resposta de saúde tanto adaptada quanto desadaptada e os estressores que contribuem para o problema⁽⁴⁾.

O Diagnóstico de Enfermagem é uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos ou seja, é o julgamento clínico do enfermeiro acerca da necessidade de intervenção de enfermagem⁽⁶⁾.

A *North American Nursing Diagnosis Association*⁽⁷⁾ (NANDA), atribui ao enfermeiro não somente a responsabilidade na identificação correta dos diagnósticos de enfermagem, mas, sobretudo no resultado das intervenções eleitas por ele na resolução dos diagnósticos identificados.

Quando os enfermeiros compreenderem que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, inegavelmente, é um caminho para a qualidade da assistência, não retardarão em incorporá-la ao seu cotidiano, renegando a forma rotineira, pouco crítica e científica, com que vêm assistindo seus pacientes.

No Brasil, a implantação da SAE vem ganhando corpo de maneira lenta nas instituições hospitalares, sendo ainda incipiente na área de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. Logo, estudos que procurem identificar diagnósticos de enfermagem do indivíduo idoso certamente serão bem vindos, pois representarão um avanço na assistência de enfermagem a essa faixa etária da população.

A finalidade desse estudo é contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso com distúrbio mental, por meio do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem identificados nessa população.

2 Casuística e método

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, transversal, de campo, com análise quanti-qualitativa dos dados, que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem em idosos com distúrbio mental. Realizada em um ambulatório de saúde mental da cidade de São Paulo, que atende adultos com distúrbios mentais e que se propõe a dar um tratamento diferenciado à população idosa.

A população foi constituída pelos idosos que compareceram ao ambulatório, nos meses de agosto a novembro de 2000. Fizeram parte da amostra quarenta e oito idosos que consentiram em participar do estudo assinando, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, onde foi aplicado o Instrumento SF-36 Escala de Avaliação, traduzido e validado por Ciconelli⁽⁸⁾, acrescido da questão: gostaria que o senhor (a) me contasse o que é ser idoso e/ou envelhecer.

Após o levantamento, os dados foram analisados e as necessidades de cuidado dos idosos com distúrbio mental identificadas, estabelecendo-se a etapa do diagnóstico de enfermagem.

Para facilitar a compreensão e a universalização da linguagem esses diagnósticos foram nominados de acordo com a Taxonomia II da NANDA⁽⁷⁾.

3 Resultados e Comentários

Fizeram parte da amostra 48 idosos, sendo 24 do sexo masculino e 24 do feminino. Estes idosos vêm ao ambulatório geralmente acompanhados de um familiar. São pessoas de

aparência meiga, que solicitam atenção, cordialidade, um sorriso. No geral, têm limitações próprias da idade: dificuldade para andar, dificuldade na audição e visão. O acolhimento dado a eles está voltado a estas necessidades. Os problemas de memória exigem paciência, perseverança e um alto grau de compreensão por parte dos funcionários.

TABELA 1-DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. SÃO PAULO, 2000.

Idade	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
60-65	4	16,6	5	20,8
66-70	6	25,0	7	29,2
71-75	9	37,5	9	37,5
76-80	3	12,5	-	
>80	2	8,4	3	12,5
TOTAL	24	100	24	100

Considerando-se a idade dos idosos, tanto os homens como as mulheres estavam em sua maioria acima dos setenta anos, sendo que a idade com maior percentual (37,5%) em ambos os sexos estava entre 71 e 75 anos, o que corresponde a atual média de vida do brasileiro⁽⁹⁾.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E ESTADO CIVIL. SÃO PAULO, 2000.

Estado Civil	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
Casado	22	91,6	8	33,3
Solteiro	2	8,4	8	33,3
Viúvo	-		8	33,3
TOTAL	24	100	24	100

Em relação ao estado civil da população, chamou-nos a atenção que os idosos do sexo masculino, na sua grande maioria (22) eram casados e 2 solteiros. Enquanto, que nas mulheres observamos um equilíbrio quanto ao estado civil, pois o percentual de casadas, solteiras e viúvas era o mesmo.

Estudos indicam que as mulheres vivem mais que os homens e que a porcentagem de homens viúvos que se casam novamente, é maior que a de mulheres⁽¹⁰⁾.

TABELA 3 -DEMONSTRATIVO DOS IDOSOS POR SEXO E COM QUEM RESIDEM. SÃO PAULO, 2000.

Com quem Residem	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
Cônjuge	12	50,0	6	25,0
Filhos e Netos	1	4,2	2	8,4
Cônjuge e Filhos	10	41,6	-	
Outros Familiares	1	4,2	3	12,5
Sozinho	-		13	54,1
TOTAL	24	100	24	100

Observando o item com quem reside chama à atenção o fato de 13 mulheres morarem sozinhas. Uma delas, na entrevista, nos informou não ter mais ninguém de sua família vivo. Os idosos do sexo masculino na sua maioria vivem com a esposa (12) e/ou com esposa e filhos (10) .

O fato de encontrarmos um percentual elevado de idosas que referem residir absolutamente sós (54,1%) , surge como um grave problema para a assistência levando nos a pensar no quanto poderíamos ajudá-las caso houvesse possibilidade de ampliarmos nossa assistência para seu domicílio.

TABELA 4 -DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E RENDA FAMILIAR. SÃO PAULO, 2000.

Renda mensal	Homem		Mulher	
	n.	%	n.	%
1 Salário Mínimo	6	25,0	10	41,6
2 Salários Mínimos	3	12,5	2	8,4
3 Salários Mínimos	5	20,8	6	25,0
4 Salários Mínimos	9	37,5	5	20,8
Não Informou	1	4,2	1	4,2
TOTAL	24	100	24	100

Em relação à renda familiar, o maior percentual observado (41,6%) para os idosos de ambos os sexos foi de um salário mínimo, sendo que o maior número de indivíduos (10) que recebem apenas um salário , é do sexo feminino.

TABELA 5-DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR SEXO E GRAU DE INSTRUÇÃO. SÃO PAULO,2000

Instrução*	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
1º Grau Incompleto	1	4,2	2	8,4
1º Grau Completo	7	29,2	7	29,2
2º Grau Incompleto	4	16,6	5	20,8
2º Grau Completo	4	16,6	5	20,8
3º Grau Incompleto	-	-	-	-
3º Grau Completo	1	4,2	3	12,4
Superior Incompleto	-	-	1	4,2
Superior Completo	2	8,4	-	-
TOTAL	24	100	24	100

O grau de instrução é condizente com a idade dessas pessoas. Sabemos que na época em que foram crianças a ênfase não estava no ensino de uma maneira geral. Dezessete (35,4%) idosos cursaram total ou parcialmente o antigo primeiro grau (até a 4ª série atual) . Apenas idosos do sexo masculino (8,4%) concluíram o curso superior. Causou surpresa o fato de apenas 6 (12,5 %) não terem tido nenhuma educação formal.

TABELA 6-DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ENCONTRADOS POR SEXO DOS IDOSOS. SÃO PAULO, 2000.

Diagnósticos	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Depressão	4	16,7	5	20,8
Depressão maior	4	16,7	2	8,3
Transtorno de ajustamento	3	12,5	3	12,5
Esquizofrenia residual	3	12,5	1	4,3
Demência	2	8,3	2	8,3
Ansiedade	5	20,8	6	25,0
Depressão ansiosa	3	12,5	5	20,8
TOTAL	24	100	24	100

* Adotou-se a classificação antiga por melhor caracterizar a população estudada

Os dados acima estão de acordo com o encontrado na literatura, pois prevalecem os quadros depressivos, nos quais sintomas como tristeza, apatia, falta de ânimo e auto-estima diminuída estão presentes gerando uma série de problemas para o próprio idoso. Esses sintomas foram levantados na população e juntamente com os resultados encontrados pela aplicação do instrumento SF-36 permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem listados na tabela 7 .

Como pode ser observado na Tabela 7 os Diagnósticos que apresentaram maior percentual em ordem decrescente foram sentimento de pesar disfuncional e Déficit de atividade de recreação (83,3%), andar prejudicado (81,2%), risco para trauma (68,7%), ansiedade (62,5%) e mobilidade física prejudicada (52%): diagnósticos esses compatíveis com a faixa etária dos sujeitos e a cultura onde vivem.

Andar prejudicado (81,2%) e mobilidade física prejudicada (52,0%) são diagnósticos correlacionados que influenciam diretamente na autonomia do idoso, tornando-o, por vezes, dependente da disponibilidade do outro para exercer seu direito de ir e vir⁽⁵⁾.

O sentimento de pesar disfuncional identificado em (83,3%) dos idosos, consequência da maior longevidade das pessoas, constitui um fato gerador de modificações dos papéis sociais que o indivíduo desempenhava. Ele perde o papel de provedor da família, passando a depender economicamente dos filhos. Além disso, eles se vêem obrigados a abandonar a própria casa, para residirem com outros. A perda de amigos, por diferentes razões, leva o idoso a isolar-se cada vez mais socialmente⁽⁴⁾.

O déficit de atividade de recreação mencionada por (83,3%) dos sujeitos, não representa surpresa , uma vez que o avanço da idade pode gerar a falta de confiança em si mesmo, mais dificuldades e limitações, que por vezes impedem o idoso de integra-se nas atividades de sua comunidade . A cultura do país em relação ao idoso onde o preconceito de improdutivo, incapaz e senil é bastante forte, impede o idoso de desenvolver ou manter seu potencial cognitivo e físico , acelerando, a nosso ver, o processo de envelhecer como um todo^(3,4).

A ansiedade identificada em (62,5%) dos sujeitos, é inerente ao envelhecimento. A pessoa idosa percebe suas limitações físicas e psicológicas, bem como sua repercussão em seu cotidiano. A falta de preparo físico e mental, para encarar essa etapa da vida é a principal fonte geradora de ansiedade. Por isto, destaca-se a importância do papel preventivo do enfermeiro , que assiste a indivíduos da terceira idade⁽²⁾.

TABELA 7 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM IDOSO COM DISTÚRBO MENTAL. SÃO PAULO, 2000.

Diagnósticos	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Déficit de atividade recreação	18	75,0	22	91,6	40	83,3
Sentimento de pesar disfuncional	18	72,5	22	91,6	40	83,3
Andar prejudicado	12	60,0	19	79,1	39	81,2
Risco para trauma	12	60,0	21	87,5	33	68,7
Ansiedade	13	54,1	17	70,8	30	62,5
Mobilidade física prejudicada	8	33,3	17	70,8	25	52,0
Distúrbio da imagem corporal	3	12,5	21	87,5	24	50,0
Isolamento social	8	33,3	15	62,5	23	47,9
Risco para Violência direcionada a si mesmo	9	37,5	14	58,3	23	47,9
Distúrbio no padrão do sono	10	41,6	11	45,8	21	43,7
Distúrbio da auto-estima	6	25,0	15	62,5	21	43,7
Memória prejudicada	13	54,1	9	37,5	22	45,8
Processos familiares alterados	7	29,1	10	41,6	17	35,4
Processos de pensamento	7	29,1	6	25,0	13	27,0
Perturbado						
Enfrentamento ind. ineficaz	4	16,6	13	54,1	17	35,4
Comunicação verbal prejudicada	4	16,6	6	25,0	10	20,8

Se levamos em conta que cada um tem a idade que sente ter, ou seja que não é a idade cronológica a que mais importa para a qualidade de vida do idoso, mas sim a motivação para viver, é fundamental que o enfermeiro procure criar fatores motivacionais para seus clientes.

Apresentamos, a seguir, algumas falas colhidas dos idosos que permitiram reforçar a identificação dos diagnósticos. *Minhas pernas estão fracas, não consigo andar direito [...] não tenho mais músculo [...]* (Mobilidade física prejudicada).

Por razões diversas, alguns idosos passaram a viver com outros parentes, alterando bastante sua independência e status. *Não gosto de morar na casa do meu filho... parece que incomodo [...] eles me tratam bem mas sinto que atrapalho assim mesmo [...]* (Processos familiares alterados). *Morar na casa dos outros não é bom [...] minha irmã me deu um quarto para eu e meu marido, mas é o quarto da máquina de costura dela [...] às vezes ela quer costurar e nós atrapalhamos, meu marido gosta de ficar deitado [...]* (Processos familiares alterados).

O envelhecer, a morte de amigos e parentes, as dificuldades econômicas e de deambulação fizeram os idosos se queixarem de isolamento. *Não tenho mais com quem conversar [...] ir à igreja [...]. Quería às vezes ir ao cinema [...] mas está tão caro [...] com o dinheiro da aposentadoria não dá [...]* (Isolamento social).

As mulheres se queixam mais do que os homens da falta de ter pessoas para conversar, para ir à igreja, para fazer trabalho para os pobres, de não ter condições de ir a grupos de terceira idade e terem que assistir o programa dos outros na televisão. *Quando mudei para casa de meu filho, as vizinhas ficaram longe... não dá mais para visitá-las.... Quería que tivesse uma igreja igual a do Taboão [...] lá tinha grupo [...] a gente fazia trabalho para os pobres [...]* (Déficit de atividade de recreação).

A maioria dos distúrbios do sono no idoso pode estar relacionada à depressão, ansiedade, tristeza ou a perdas sofridas. Às vezes o que ocorre é uma diminuição do sono noturno e uma redistribuição do sono ao longo do dia⁽¹⁰⁾. *Velho não dorme [...] parece que a gente dorme de pouquinho [...]* eu

acordo às 2 horas da manhã e não durmo mais [...]. Eu durmo pouco [...] a gente tem tão pouco tempo ocupado que fica cochilando o dia todo [...] (Distúrbio no padrão do sono). *Todos então morrendo, vizinhos, amigos [...] minha vez está próxima [...]. Até meu companheiro dos últimos anos foi embora [...]* (a filha nos contou da profunda tristeza do pai com a morte de um gato que viveu 13 anos com eles). (Sentimento de pesar disfuncional).

Distúrbio da imagem corporal: As idosas que tiveram este diagnóstico referiram que percebiam-se feias, às vezes sentiam seu corpo entortar e que um lado estava mais curto que o outro. *Acho que estou ficando com o corpo todo torto [...] eu tento me esticar mas não dá [...] será que isto é da doença? [...]. Minha perna está secando por isso só uso calça comprida [...] olha como está feia [...]* (levanta a barra da calça para mostrar).

As falas de alguns expressavam problemas referentes ao Distúrbio da auto-estima. *Velho é descartável [...] ninguém quer saber mais dele [...] fui um homem respeitado [...] agora, minha filha, não vivo mais [...]. A mulher velha fica feia [...] não gosto sequer de me olhar no espelho [...] tudo enrugado [...] a boca caída [...] me sinto um trapo usado [...]*.

Risco de violência direcionada a si mesmo. Alguns dos idosos já haviam tentado suicídio e durante a entrevista, usaram frases que expressavam claramente a vontade de se matar.

Memória prejudicada. Sabe-se que no processo de envelhecimento normal, se a memória não é estimulada podem ocorrer lapsos que são percebidos pelos idosos⁽²⁾. *Sabe, minha filha, eu vim aqui porque estou muito esquecido... já esqueci o que você me perguntou agorinha [...]. Outro dia esqueci a água no fogo [...] quando vi a panela queimou [...] minha filha quer me levar para uma casa de idosos pois ela trabalha e está com medo de me deixar sozinha [...]*.

Processos de pensamento perturbados: *Às vezes eu tenho dificuldade de colocar minhas idéias [...] parece que a gente confunde tudo [...] acho que é de memória falha [...]. Tenho um pensamento de que os outros querem me fazer mal [...] outro dia na rua uma mulher veio atrás de mim e eu gritei com*

ela [...] ela vinha me bater [...] (a filha informou que era uma vizinha que havia mudado algum tempo e estava vindo cumprimentá-las).

Enfrentamento individual ineficaz: *Não consigo viver com minha filha [...] tentei morar com ela mas a casa é diferente [...]. Estou tentando morar sozinha, cuidar de minha casa [...] porém, a cabeça não é mais a mesma [...] as pernas não ajudam também [...] acho que vou voltar a viver com minha filha [...].*

Ansiedade: *Tenho medo de esquecer as coisas [...] toda vez que vou sair, fico tremendo [...] tenho medo de não saber o que fazer [...]. Toda vez que preciso ir no banco não consigo dormir na véspera [...] e se eu errar o ônibus [...] se não conseguir subir no degrau alto [...].*

4 Conclusões

A maioria dos diagnósticos refere-se a dificuldades decorrentes do processo de “envelhecer” em um país em desenvolvimento que ainda não despertou para os problemas decorrentes do envelhecimento populacional: problemas sociais, despreparo de seus profissionais e falta de investimentos na prevenção. Os diagnósticos de enfermagem identificados, na sua maioria decorrem da impossibilidade dos idosos realizarem a contento as atividades da vida diária. A tristeza patológica, o desânimo, a falta de perspectiva, tornam estes idosos profundamente infelizes. Com a população do presente estudo procuramos identificar um possível cuidador e conversamos com os enfermeiros do ambulatório no sentido de conseguirem identificar, na comunidade, locais onde os idosos pudessem encontrar apoio. E aos que moravam sozinhos, solicitamos um agendamento com a assistente social.

Saber intervir frente a esses diagnósticos requer do enfermeiro, conhecimentos e habilidades específicas além, das que caracterizam a especialidade como; capacidade empática; envolvimento emocional e sobretudo, respeito pelo ser humano. Assim, o enfermeiro tem um importante papel no âmbito preventivo, preparando seus clientes jovens para esta etapa da vida.

Referências

1. Veras RP. País jovem com cabelos brancos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará; c1994. 224 p. il.
2. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. 524 p. il.
3. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 835 p.
4. Stuart GW. Enfermagem psiquiátrica na prática: padrões de desempenho profissional. In: Stuart GW; Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2001. 958 p. il. p. 222-36.
5. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000. 229 p. il.
6. Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Icone; 2001. 303 p. il. p. 63-84.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2001-2002. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2002. 288 p.
8. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study” 37SF- Item Short- form health survey (SF-36) [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997. 120 f.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. Disponível em URL: <<http://www.centrodametropole.org.br/dica-ibge.html>>. Acessado em: 10 mar 2003.
10. Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003.

Data de Recebimento: 27/05/2003

Data de Aprovação: 20/03/2004