

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELA ROSA FRAGA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS NA PERSPECTIVA
HOLÍSTICA: uma revisão integrativa**

PORTO ALEGRE

2019

DANIELA ROSA FRAGA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS NA PERSPECTIVA
HOLÍSTICA: uma revisão integrativa**

Pesquisa apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito de avaliação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça
Oliveira Crossetti

PORTO ALEGRE

2019

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVO	8
3 MÉTODO	9
3.1 Tipo de estudo	9
3.2 Primeira etapa: formulação do problema	9
3.3 Segunda etapa: coleta de dados	9
3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados	10
3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados.....	10
3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados.....	11
4 ASPECTOS ÉTICOS	12
5 CRONOGRAMA.....	13
6 ORÇAMENTO	14
REFERÊNCIAS	15
ARTIGO.....	17
Apêndice A – Formulário de avaliação dos dados.....	49
Apêndice B – Quadro sinóptico dos resultados	50

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados apresentados pela Organização das Nações Unidas – ONU (2017), o número de pessoas com 60 anos ou mais, em países desenvolvidos, deverá dobrar até 2050 e mais do que triplicar até 2100, passando de 962 milhões, em todo o mundo em 2017, para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100. Na Europa, 25% da população já tem 60 anos ou mais. Essa proporção é projetada para atingir 35% em 2050 e permanecer em torno desse nível na segunda metade do século.

No Brasil, a expectativa é que o crescimento da população com 65 anos ou mais alcance, em 2060, o percentual de 25,5%, o que representa 58,2 milhões de idosos, enquanto em 2018 essa proporção era de 9,2%, ou seja, 19,2 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2015), o aumento na expectativa de vida e o rápido envelhecimento das populações em todo mundo são resultados da redução das taxas de mortalidade. Outro fator que influencia no aumento dessa população, em muitos países, é a queda nas taxas de fecundidade.

A partir da transição demográfica mundial, ocorreram alterações no perfil epidemiológico, pois pelo fato de viver mais, houve um importante aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), principalmente das doenças crônico-degenerativas, as quais são predominantes na população idosa e que causam a maioria das internações e mortes (DANTAS et al., 2017).

Entre as morbidades prevalentes em idosos, categorizadas conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) estão as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário, doenças do sangue, doenças endócrinas e nutricionais e neoplasias, sendo que essas morbidades também estão relacionadas aos níveis de fragilidade (CROSSETTI et al., 2018).

Diante desse contexto, dentre as principais consequências está a crescente demanda da população idosa para os serviços de saúde. Essa demanda se dá a partir da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde conforme as necessidades específicas desse grupo etário. Portanto, torna-se imprescindível conhecer o perfil da população idosa visando atender essas necessidades.

As necessidades dessa população estão associadas ao processo de envelhecimento que é compreendido como multidimensional, pois abrange fatores emocionais, sociais, espirituais e

biológicos. Nessa fase da vida, predominam aspectos como a desvalorização da aparência física, relações conjugais insatisfatórias, perda de seu cônjuge, deficiência em relações familiares, traumas, dentre outros (RODRIGUES et al., 2014), os quais podem gerar ou agravar morbidades preexistentes, relativas à idade mais avançada.

Com as alterações do estado de saúde surge a necessidade de buscar assistência nos serviços de saúde e, no contexto hospitalar, a internação gera fatores estressantes para esse idoso e sua família, considerando a complexidade da situação e o aumento da vulnerabilidade, devido às situações a que está exposto. A complexidade das circunstâncias que envolvem os idosos exige dos profissionais de saúde um olhar multidimensional, considerando as necessidades específicas dessa população. Para isso, além do conhecimento sobre o perfil epidemiológico e morbidades que afetam os idosos, deve-se atentar para o indivíduo como um todo a fim de suprir suas especificidades individuais.

Segundo Waldow (2015), o holismo surge de um novo paradigma que é fundamentado pela valorização do ser e de seu desenvolvimento interior, visa o ser como um todo e não como soma das partes, a partir do conjunto é que se tem o significado das partes. Com isso, é necessário visar o paciente como um todo e não focar somente em fatores objetivos baseados em dados clínicos, pois a população idosa emerge fatores multidimensionais, os quais necessitam de uma visão holística por parte de quem cuida.

A enfermagem holística envolve todas as práticas que visem a cura do indivíduo como um todo, considerando dois aspectos que contemplam o holismo: reconhecer que o conjunto é maior que a soma das partes, pressupondo a compreensão das inter-relações entre as dimensões bio-psico-sociais e espirituais do ser humano e compreender o indivíduo como um todo integrado, no qual interagem tanto o meio interno quanto o externo (AMERICAN HOLISTIC NURSES ASSOCIATION, 2013).

A enfermagem holística é definida como “ação de ser-conhecer-fazer com que avance para o estado de saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidade pelas relações de cuidado e cura” (KREITZER; KOITHAN, 2014, p.4). Para isso, o enfermeiro deve usar evidências para informar intervenções tradicionais e emergentes que forneçam apoio para a pessoa como um todo.

Nessa perspectiva, a enfermagem holística é revelada através de sua historicidade e temporalidade, que definem o modo com que o indivíduo percebe o seu próprio ser e a maneira com a qual está inserido no mundo com os outros no processo saúde-doença. Dessa forma, na tomada de decisões clínicas o indivíduo é considerado como um todo (CROSSETTI; GÓES, 2016).

Neste sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo dar subsídios para a identificação das necessidades do indivíduo e, dessa forma, apresentar uma proposta de atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem para a assistência a ser realizada (SANTOS, 2014). Este processo constitui-se em uma metodologia de assistência que propõe a organização do processo de trabalho do enfermeiro através de cinco etapas, dentre elas estão os Diagnósticos de Enfermagem (DE).

Diante disso, o processo diagnóstico em enfermagem pressupõe a aplicação de habilidades, como o pensamento crítico, que consiste na realização de um julgamento reflexivo que se faz a cerca de um determinado contexto e se dá por meio da análise, inferência, avaliação, interpretação e explicação. Nessa perspectiva, o pensamento crítico holístico (PCH) desvela-se como um instrumento fundamental no processo de diagnóstico em enfermagem, pois é uma orientação que integra condições clínicas e humanas dos pacientes (FACIONE; GITTENS, 2016). Assim, pensar de forma holística é um meio de contemplar o bem-estar do paciente como um todo, de maneira integral, focando na saúde do indivíduo e considerando o contexto de vida (RIEGEL; CROSSETTI, 2017).

Nesse contexto, a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* - NANDA-I, que é uma das linguagens padronizadas na enfermagem, contribui para a implementação de intervenções que minimizem os fatores que geram alterações relacionadas as enfermidades que acometem os indivíduos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). A partir dessas intervenções, busca-se resultados que propiciem o bem-estar e a qualidade de vida do idoso.

A NANDA-I é composta por treze domínios que abrangem classes e conceitos diagnósticos. Os domínios fazem parte da estrutura organizacional de classificação, são os níveis mais abrangentes, a partir deles os fenômenos são divididos em grupos principais, permitindo assim identificar determinados conceitos de forma mais ágil e conforme a necessidade. A partir dessa estrutura, os DE estão inseridos conforme sua abordagem, que contemplam as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, emocionais e espirituais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Diante disso, ao realizar uma busca no *International Journal of Nursing Knowledge* da NANDA-I, nas publicações de 2010 até 2018, foram encontrados 6 (2,9%) estudos de um universo de 206, que discutiram DE que abordaram as dimensões emocionais, sociais e espirituais do indivíduo, evidenciando que estas ainda são uma lacuna nos estudos realizados na disciplina de enfermagem.

Isso vem ao encontro dos achados de diferentes estudos (DEBONE et al., 2017; LIMA et al., 2015; LIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2014) em que os DEs identificados com prevalência em prontuários de idosos foram: “Risco de infecção”, “Risco para integridade de pele prejudicada”, “Integridade de pele prejudicada”, “Risco para nutrição desequilibrada”, “Nutrição desequilibrada”, “Deglutição prejudicada”, “Risco de quedas”, “Padrão de sono prejudicado”, “Padrão respiratório ineficaz”, “Troca de gases prejudicada”, “Mobilidade física prejudicada”, “Deambulação prejudicada”, “Risco de volume de líquidos deficiente”, “Volume de líquidos excessivo”, “Alterações no padrão de eliminação urinária”, “Alterações no padrão de eliminação intestinal”, “Percepção sensorial perturbada”, “Dor aguda”, “Dor crônica”. O que demonstra que a dimensão biológica do indivíduo é mais explorada, até mesmo em diferentes contextos nos quais os idosos estão inseridos, considerando os campos de estudo nos quais estes DEs foram identificados: internações hospitalares clínicas e cirúrgicas, hemodiálise e instituições asilares.

A motivação para o estudo consiste em situações vivenciadas com o familiar idoso após duas quedas, seguidas de fraturas bilaterais de colo do fêmur. Anteriormente a essas fraturas, as quais resultaram em intervenções cirúrgicas, o mesmo era ativo e independente para a realização de atividades diárias e após a alta hospitalar deparou-se com uma condição oposta à que vivia, pois com o declínio funcional tornou-se dependente dos familiares até mesmo para as funções mais básicas que exercia. Essa nova condição resultou em alterações comportamentais significativas que culminaram em um estado de depressão.

Esse idoso que até então não se sentia enquadrado dentro do que subentendia como velhice, mesmo aos 79 anos de idade, ao relacionar a incapacidade funcional a qual se fez presente, mudou o olhar sobre a vida e começou a expressar o seu pensamento sobre a morte. O sentimento de tristeza e frustração com a sua nova condição foi representado pelo silêncio. Todos esses fatores contribuíram para o isolamento social e diminuição significativa da qualidade de vida. Com isso, percebe-se a necessidade do cuidado holístico, pois as necessidades apresentadas por esse idoso estão compreendidas em um âmbito multidimensional.

Dessa forma, a relevância do presente estudo consiste na necessidade de buscar evidências qualitativas e quantitativas que auxiliem a caracterizar os Diagnósticos de Enfermagem na perspectiva holística para este idoso, contribuindo assim para um cuidado individualizado, considerando a dimensão emocional, social e espiritual que envolvem a população idosa e que podem interferir na qualidade de vida desses indivíduos.

Neste contexto, acredita-se na importância de se estudar os Diagnósticos de Enfermagem sob a perspectiva holística no cuidado ao idoso. Assim, busca-se um novo olhar para este indivíduo, com o intuito de compreender, na sua subjetividade, evidências que direcionem as intervenções de enfermagem para um cuidado que contribua de fato para a qualidade de vida do idoso.

Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão norteadora para o presente estudo: Como se caracterizam os Diagnósticos de Enfermagem em idosos na perspectiva holística no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais?

2 OBJETIVO

Caracterizar os Diagnósticos de Enfermagem em idosos na perspectiva holística no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, baseado no Método de Cooper (1982), o qual tem por objetivo sintetizar e analisar os dados existentes de pesquisas sobre determinado tema a fim de desenvolver conclusões mais abrangentes e contribuir para o conhecimento sobre o assunto em questão. A criticidade da revisão de literatura científica está delimitada em um período de 20 anos. Conforme Cooper (1982), a revisão integrativa é constituída por cinco etapas, sendo elas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Neste estudo serão inseridos e respeitados os aspectos éticos requeridos para estudos científicos.

3.2 Primeira etapa: formulação do problema

A formulação do problema ocorreu através da seguinte questão norteadora: Como se caracterizam os Diagnósticos de Enfermagem em idosos na perspectiva holística no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais?

3.3 Segunda etapa: coleta de dados

A busca dos artigos será realizada através das seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SCOPUS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), e Web of Science, por se tratarem de bases de dados que utilizam critérios formais para a indexação dos periódicos contendo publicações nacionais e internacionais e o maior número de periódicos indexados.

Neste estudo, os descritores utilizados serão: Idoso, Envelhecimento, Diagnósticos de Enfermagem e Enfermagem Holística, segundo os Descritores em Saúde (DeCs). Os Medical Subject Headings Section (*MeSH*) utilizados, respectivamente, serão: *Elderly*, *Aged*, *Nursing Diagnosis*, *Nursing Process*, e *Holistic Nursing*. Será realizada a conexão entre os *MeSH* por meio dos operadores booleanos AND e OR, no qual AND restringe a pesquisa de forma a

resultar apenas os termos utilizados e OR amplia a pesquisa buscando um ou outro termo utilizado. Serão realizadas as seguintes combinações: (“*nursing diagnosis*” OR “*nursing diagnoses*”) AND (“*elderly*” OR “*aged*”); (“*nursing diagnosis*” OR “*nursing diagnoses*”) AND (“*elderly*” OR “*aged*”) AND *holistic nursing e (“nursing process”)* AND (“*elderly*” OR “*aged*”)

Critérios de inclusão: serão incluídos estudos resultantes de pesquisas primárias qualitativas, quantitativas, revisões integrativas e revisões sistemáticas, com acesso *on-line* em texto completo e gratuito, escritos em idioma português, inglês e espanhol, publicados no período de 1999 a 2019. Definiu-se este período de publicação, 20 anos, conforme referencial teórico metodológico de Cooper (1982). Serão incluídos os estudos que abordarem os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da Nanda – I, do grupo das necessidades emocionais, sociais e espirituais em idosos.

Critérios de exclusão: serão excluídos os estudos que apresentarem apenas os DEs correspondentes as necessidades biológicas, bem como aqueles que não incluam idosos ou que não responderem à questão norteadora.

3.4 Terceira etapa: avaliação dos dados

Quanto a avaliação dos artigos, serão extraídas informações inerentes à questão norteadora, que serão registradas em um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A). Neste instrumento serão apresentadas as seguintes informações: identificação do artigo (título do artigo, número do artigo, nome dos autores, periódico, ano, volume, descritores, objetivo/ questão de investigação); método (tipo de estudo, população/amostra, campo/contexto, técnica de coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados); resultados (diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística: dimensões emocionais, sociais e espirituais); considerações finais/conclusões e recomendações.

3.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados

Após avaliação inicial dos artigos, os mesmos serão analisados e seus dados serão agrupados em um quadro sinóptico (APÊNDICE B). Neste quadro serão apresentadas as seguintes informações: número do artigo, título do artigo, nome do autor, periódico; ano de publicação; objetivo do estudo; método (tipo de estudo, população/amostra, campo/contexto,

técnica de coleta de dados); resultados (diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística nas dimensões emocionais, sociais e espirituais); considerações finais/conclusões e recomendações.

Estes dados possibilitarão a síntese, comparação e discussão dos achados em relação a questão norteadora do estudo.

3.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados

Os resultados obtidos serão apresentados por meio de quadros, tabelas e gráficos de modo sumarizado, permitindo uma melhor compreensão da síntese e comparação dos achados de acordo com os autores das produções que compreenderem a amostra do presente estudo.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os artigos utilizados no presente estudo serão devidamente referenciados e as ideias originais dos autores serão mantidas, respeitando-se, assim, os aspectos éticos, inerentes a este estudo, seguindo a norma ABNT NBR 14724 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2011).

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE/UFRGS) sob número de registro 36001.

5 CRONOGRAMA

No Quadro 1, apresenta-se o cronograma de desenvolvimento do estudo.

Quadro 1 - Cronograma de desenvolvimento do estudo. Porto Alegre, 2018.

Atividades	Ago 2018	Set 2018	Out 2018	Nov 2018	Dez 2018	Jan 2019	Fev 2019	Mar 2019	Abr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Encaminhamento do Projeto de Pesquisa à COMPEQ/EE/UF RGS	X											
Coleta de dados		X	X	X	X	X	X					
Análise e discussão dos resultados							X	X	X	X	X	
Elaboração do relatório final										X	X	
Revisão ortográfica e gramatical											X	
Entrega do TCC a banca examinadora											X	
Apresentação oral do TCC												X
Submissão de artigo para publicação em revista científica												X

Fonte: Fraga, D. R. Diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística: uma revisão integrativa. Projeto TCC, 2018/ 2019.

6 ORÇAMENTO

No Quadro 2, apresenta-se a previsão do orçamento do estudo.

As despesas previstas para o desenvolvimento do estudo serão custeadas pelas pesquisadoras.

Quadro 2 - Orçamento do estudo. Porto Alegre, 2018.

Materiais	Ref.	Quantidade	Valor Unitário	Total (R\$)
Papel A4	Resma	2	15,00	30,00
Caneta	Unidade	6	1,90	11,40
Caneta Marca texto	Unidade	3	2,60	7,80
Pen drive	Unidade	1	30,00	30,00
Cartucho de tinta para impressora	Unidade	3	69,00	207,00
Tradução de artigos	Unidade	5	90,00	450,00
Fotocópia	Unidade	100	0,25	25,00
Encadernação em espiral	Unidade	4	10,00	40,00
Total				801,20

Fonte: Fraga, D. R. Diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística: uma revisão integrativa. Projeto de TCC, 2018/2019.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HOLISTIC NURSING ASSOCIATION. **Holistic nursing: scope and standards of practice**. 2. ed. Silver Spring, MD: American Nurses Publishing, 2013. cap. 2.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724: Informação e documentação: Trabalhos acadêmicos - Apresentação**. Rio de Janeiro, 2011.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**. Newburg Park, 1982. v.52, n.2, p. 291-302.

CROSSETTI, M. G. O. et al. Fatores que contribuem para o diagnóstico de enfermagem risco para a síndrome do idoso frágil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 02-33, 2018. Disponível em: <<http://ser.ufrgs.br.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79698/46762>>. Acesso em: 10 maio 2018.

CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. G. O. **Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**. In: NANDA Internacional Inc.; Herdman, T. H.; Napoleão, A. A.; Takao, C.; Silva, V. M. (Org.). PRONANDA Programa de Atualização em Diagnóstico de Enfermagem: Ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. P. 9-34 (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

DANTAS, I. C. et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós: Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 93-98, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23925/2176-901x.2017v20i1p93-108>>. Acesso em: 10 maio 2018.

DEBONE, M. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 4, p. 800-805, ago. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0117>>. Acesso em: 10 maio 2018.

FACIONE, P. A.; GITTENS, C. A. The power of critical thinking. In: ___ **Think critically**. 3. ed. Boston: Pearson Education, 2016. cap. 1, p. 1-17.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações 2018-2020**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 155-167.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018**. Brasília: 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 10 setembro 2018.

KREITZER, M. J.; KOITHAN M. (Ed.). **Integrative Nursing**. New York: Oxford University Press, 2014. cap. 1.

LIMA, W. G. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v.

16, n. 1, p. 72-80, abr. 2015. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324036185009>>. Acesso em: 26 maio 2018.

LIRA, L. N. et al. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **Avances en Enfermería**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 251-260, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a07.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *The World Population Prospects: The 2017 Revision*, published by the UN Department of Economic and Social Affairs. 2017. Disponível em:< <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O. Pensamento crítico holístico no ensino de enfermagem. In: SIMPÓSIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, 8-9 jun. 2017, Porto Alegre. **Anais do VIII Simpósio do Processo de Enfermagem e I Simpósio Internacional do Processo de Enfermagem**. Porto Alegre: HCPA, 2017. p. 44.

RODRIGUES, L. R. et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 278-285, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SANTOS, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos na implantação. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/210/213>>. Acesso em: 10 maio 2018.

SOUZA, S. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados e associação com o processo de incapacidade funcional. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 3, p. 257-266, set. 2014. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4061>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 13-25, dez. 2014. Disponível em:
<<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesrrollo/article/view/7888/11921>>. Acesso em: 10 maio 2018.

ARTIGO**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS NA PERSPECTIVA HOLÍSTICA: uma revisão integrativa.****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN IDOSOS EN LA PERSPECTIVA HOLÍSTICA: una revisión integrativa.****NURSING DIAGNOSIS IN ELDERLY IN THE HOLISTIC PERSPECTIVE: an integrative review.**

Área de concentração: Enfermagem no cuidado ao idoso.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Diagnósticos de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Enfermagem Holística.

Daniela Rosa Fraga ¹, Maria da Graça de Oliveira Crossetti ²

¹Acadêmica do 10º semestre de Enfermagem – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – danirosa.f@gmail.com

²Profª Drª. Titular – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – mgcrossetti@gmail.com

Pesquisa não recebeu financiamento.

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse.

Resumo

O envelhecimento populacional em todo o mundo emerge uma grande demanda dos idosos para os serviços de saúde, dessa forma, deve-se atentar para as necessidades dessa população. Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que teve como objetivo caracterizar os diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística, no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO,

SCOPUS, CINAHL e Web of Science. Como resultado da busca, obteve-se 51 estudos. Foram 13 os diagnósticos prevalentes, que contemplaram as dimensões emocionais, sociais e espirituais, sendo eles: “Ansiedade” (n=20, 39,2%), “Risco de solidão” (n=14, 27,4%), “Desesperança” (n=12, 23,5%), “Interação social prejudicada” (n=12, 23,5%), “Isolamento social” (n=11, 21,5%), “Tristeza crônica” (n=8, 15,6%), “Baixa autoestima situacional” (n=7, 13,7%), “Medo” (n=7, 13,7%), “Enfrentamento ineficaz” (n=5, 9,8%), “Angústia espiritual” (n= 4, 7,8%), “Processos familiares interrompidos” (n=4, 7,8%) e “Distúrbio na imagem corporal” (n=7, 7,8%) e “Risco de suicídio” (n=4, 7,8%). Considera-se que os diagnósticos de enfermagem nessa perspectiva devem ser mais explorados, para que torne possível planejar cuidados mais efetivos para a população idosa.

ABSTRACT

Population aging around the world is in great demand from the elderly to the health services, so attention must be paid to the needs of this population. This study is an integrative review that aimed to characterize the nursing diagnoses in the elderly in the holistic perspective, in the study of the emotional, social and spiritual dimensions. The research was carried out in MEDLINE, LILACS, SciELO, SCOPUS, CINAHL and Web of Science databases. As a result of the search, we obtained 51 studies. They were: “Anxiety” (n= 20, 39,2%), “Risk of loneliness” (n= 14, 27,4%), “Hopelessness” (n= 12, 23,5%), “Impaired social interaction” (n= 12, 23,5%), “Social isolation” (n= 11, 21,5%), “Chronic sadness” (n= 8, 15,6%), “Low situational self-esteem” (n= 7, 13,7%), “Fear” (n = 7, 13,7%), “Ineffective coping” (n=5, 9,8%), “Spiritual distress” (n= 4, 7,8%), “Interrupted family processes” (n = 4, 7,8%), “Body image disorder” (n= 4, 7,8%) and “Suicide risk” (n=4, 7,8%). It is considered that nursing diagnoses from this perspective should be further explored so that it becomes possible to plan more effective care for the elderly population.

keywords: Elderly, Aged, Nursing diagnosis. Nursing Process. Holistic nursing.

Introdução

Segundo dados apresentados pela Organização das Nações Unidas (ONU) (2017), o número de pessoas com 60 anos ou mais, em países desenvolvidos, deverá dobrar até 2050 e mais do que triplicar até 2100, passando de 962 milhões, em todo o mundo em 2017, para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100.

Na Europa, 25% da população já tem 60 anos ou mais. Essa proporção é projetada para atingir 35% em 2050 e permanecer em torno desse nível na segunda metade do século.

No Brasil, a expectativa é que o crescimento da população com 65 anos ou mais alcance, em 2060, o percentual de 25,5%, o que representa 58,2 milhões de idosos, enquanto em 2018 essa proporção era de 9,2%, ou seja, 19,2 milhões (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018).

Diante desse contexto, dentre as principais consequências do envelhecimento populacional, está a crescente demanda da população idosa para os serviços de saúde. Essa demanda se dá a partir da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde conforme as necessidades específicas desse grupo etário. Com isso, torna-se imprescindível conhecer o perfil da população idosa visando atender essas necessidades.

As necessidades dessa população estão associadas ao processo de envelhecimento que é compreendido como multidimensional, pois abrange fatores emocionais, sociais e espirituais, além dos biológicos. Nessa fase da vida, predominam aspectos como a desvalorização da aparência física, relações conjugais insatisfatórias, perda de seu cônjuge, deficiência em relações familiares, traumas, dentre outros (Rodrigues et al., 2014).

A complexidade das circunstâncias que envolvem os idosos exige dos profissionais de saúde um olhar multidimensional, considerando as necessidades específicas dessa população. Para isso, além do conhecimento sobre o perfil epidemiológico e morbidades que afetam os idosos, deve-se atentar para o indivíduo como um todo a fim de suprir suas especificidades individuais.

Dessa forma, o holismo surge de um novo paradigma que é fundamentado pela valorização do ser e de seu desenvolvimento interior, visa o ser como um todo e não como soma das partes, a partir do conjunto é que se tem o significado das partes. Assim, é necessário visar o paciente como um todo e não focar somente em fatores objetivos baseados em dados clínicos, pois a população idosa emerge fatores multidimensionais, os quais necessitam de uma visão holística por parte de quem cuida (Waldow, 2015).

A enfermagem holística envolve todas as práticas que visem a cura do indivíduo como um todo, considerando como aspectos: reconhecer que o conjunto é maior que a soma das partes, pressupondo a compreensão das inter-relações entre as dimensões bio-psico-sociais e espirituais do ser humano e compreender o indivíduo como um todo integrado, no qual interagem tanto o meio interno quanto o externo (American Holistic Nurses Association, 2013).

A enfermagem holística é definida como “ação de ser-conhecer-fazer com que avance para o estado de saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidade pelas relações de cuidado e cura” (Kreitzer & Koithan, 2014, p.4). Para isso, o enfermeiro deve usar evidências para informar intervenções tradicionais e emergentes que forneçam apoio para a pessoa como um todo.

Nessa perspectiva, a enfermagem holística é revelada através de sua historicidade e temporalidade, que definem o modo com que o indivíduo percebe o seu próprio ser e a maneira com a qual está inserido no mundo com os outros no processo saúde-doença. Dessa forma, na tomada de decisões clínicas, o enfermeiro deve considerar o indivíduo como um todo (Crossetti & Góes, 2016).

Para isso, como base para a tomada de decisões clínicas, o processo de enfermagem fornece subsídios para o enfermeiro identificar as necessidades do indivíduo e, dessa forma, apresentar uma proposta de atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem para a assistência a ser realizada (Santos, 2014). Este processo constitui-se em uma metodologia de assistência que propõe a organização do processo de trabalho do enfermeiro através de cinco etapas, dentre elas estão os Diagnósticos de Enfermagem (DE).

Nesse contexto, a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* - NANDA-I, que é uma das linguagens padronizadas na enfermagem, contribui para a implementação de intervenções que minimizem os fatores que geram alterações relacionadas as enfermidades que acometem os indivíduos e, para isso, aborda as necessidades biológicas, emocionais, sociais e espirituais (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Diante disso, ao realizar uma busca no *International Journal of Nursing Knowledge* da NANDA-I, nas publicações de 2010 até 2018, observou-se que em um universo de 206 estudos, apenas 6 (2,9%) apresentaram DEs abordando as necessidades emocionais, sociais e espirituais dos idosos, evidenciando que estas, comparadas as necessidades biológicas, ainda são uma lacuna nos estudos realizados na disciplina de enfermagem.

Dessa forma, a relevância do presente estudo consiste na necessidade de buscar evidências qualitativas e quantitativas que auxiliem a caracterizar os Diagnósticos de

Enfermagem na perspectiva holística para este idoso, contribuindo assim para um cuidado individualizado, considerando não somente os fatores biológicos, mas também a dimensão emocional, social e espiritual que envolvem a população idosa e que podem interferir no bem-estar dessa população.

Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão norteadora para o presente estudo: Como se caracterizam os Diagnósticos de Enfermagem em idosos na perspectiva holística no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais?

Métodos

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa constituída por cinco etapas, baseado no Método de Cooper (1982), sendo elas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Formulou-se o problema de pesquisa na forma da questão norteadora “Como se caracterizam os Diagnósticos de Enfermagem em idosos na perspectiva holística no estudo das dimensões emocionais, sociais e espirituais?”. Seguiu-se a coleta de dados durante os meses de Setembro de 2018 à Março de 2019, quando se buscou artigos nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), SCOPUS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web of Science sendo utilizados os operadores booleanos AND e OR no cruzamento entre os descritores: “Idoso”, “Envelhecimento”, “Diagnósticos de Enfermagem”, “Processo de Enfermagem”, e “Enfermagem Holística”, assim como os MeSH, respectivamente, *Elderly, Aged, Nursing Diagnosis, Nursing Process, e Holistic Nursing*. Foram incluídos os estudos que abordaram os Diagnósticos de Enfermagem do grupo das necessidades emocionais, sociais e espirituais em idosos, publicados no período de 1999 a 2019, resultantes de pesquisas primárias qualitativas, quantitativas, revisão integrativa e sistemática, com acesso on-line em texto completo e gratuito, nos idiomas inglês, português e espanhol. Incluiu-se estudos que abordaram apenas os diagnósticos da Taxonomia II da NANDA - I. Foram excluídos os artigos que apresentaram apenas os DEs correspondentes as necessidades biológicas, bem como aqueles que não incluíram idosos ou que não responderam à questão norteadora.

Partiu-se, então, para a avaliação dos dados dos artigos selecionados, cujo registro foi realizado por um instrumento estruturado com os seguintes itens: nº do artigo na RI, título do artigo, nome dos autores, periódico, ano, volume, descritores, objetivo/ questão de investigação; método (tipo de estudo, população/amostra, campo/contexto, técnica de coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados); resultados (diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística: dimensões emocionais, sociais e espirituais); considerações finais/conclusões e recomendações.

A seguir, fez-se a análise e interpretação dos dados registrados num quadro sinóptico visando a síntese e a comparação das informações referentes aos seguintes elementos: referência; identificação dos Diagnósticos de Enfermagem na perspectiva holística;

considerando as dimensões emocionais, sociais e espirituais. Os diagnósticos de enfermagem foram analisados utilizando-se a Taxonomia II da NANDA-I (2018- 2020) (Herdman & Kamitsuru, 2018).

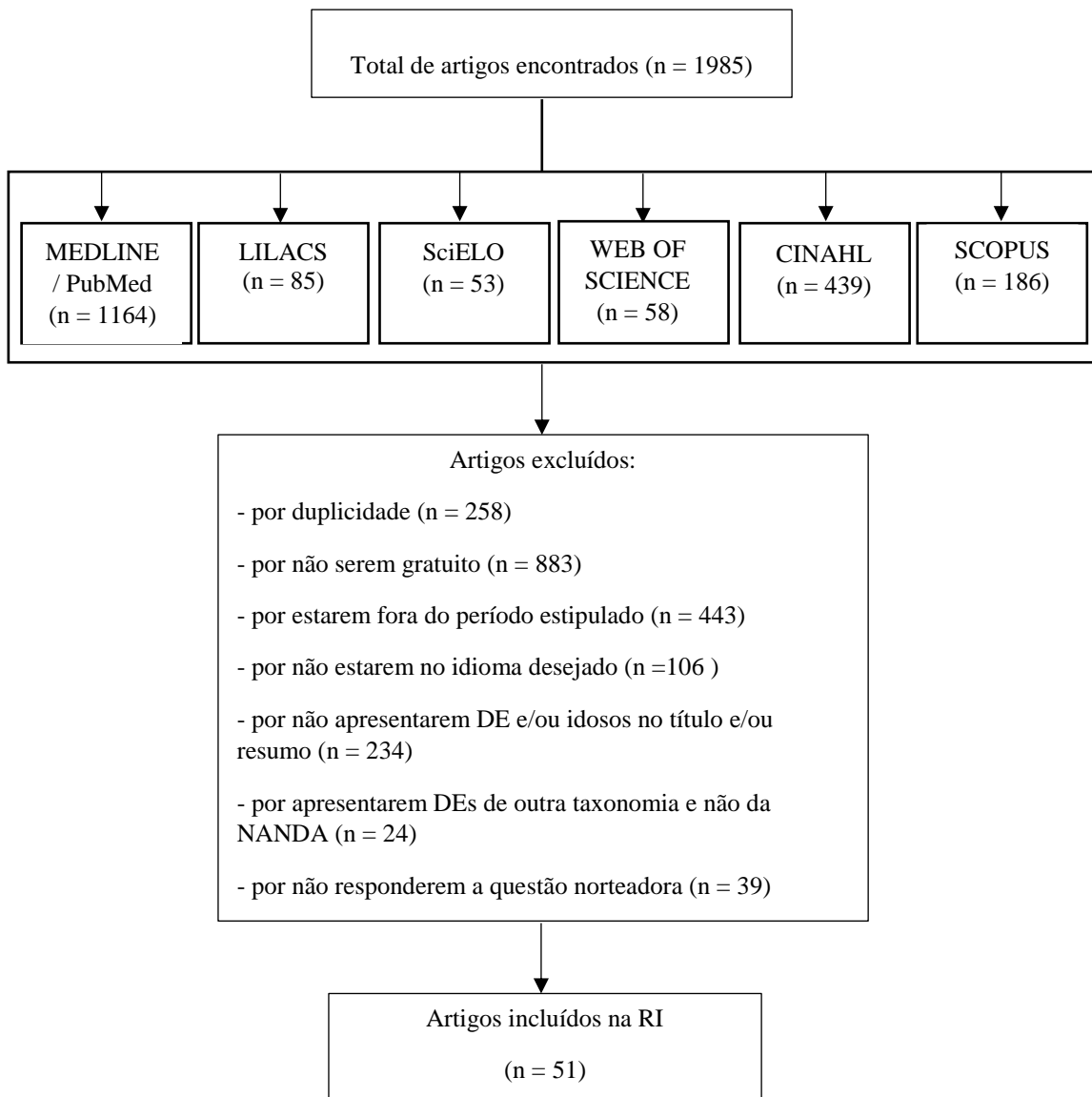
Deste emergiram os resultados apresentados sob a forma de gráficos, tabelas e quadros, assegurando-se autenticidade das ideias dos autores.

Esta RI foi submetida e aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE/UFRGS); sob número de registro 36001.

Resultados

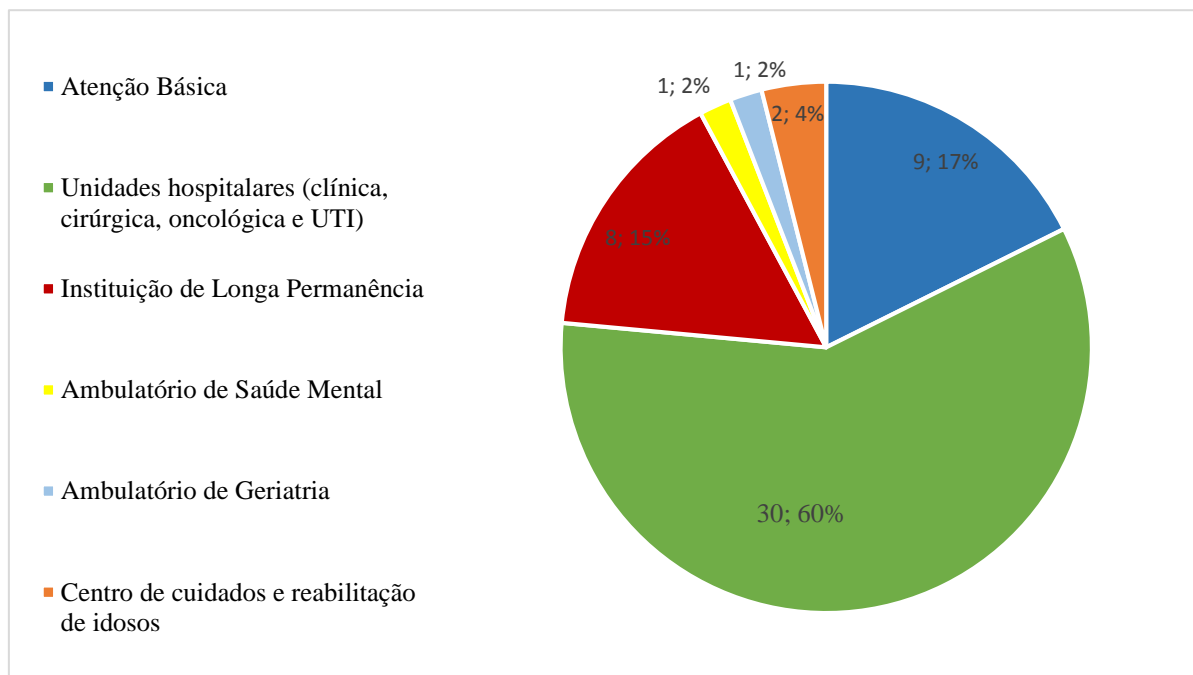
A seguir serão apresentados e analisados os resultados referentes aos estudos identificados, que abrangem os Diagnósticos de Enfermagem (DEs) em idosos na perspectiva holística, que contemplam as dimensões emocionais, sociais e espirituais. A partir da pesquisa realizada em 6 bases de dados, foram identificados e incluídos 51 artigos nesta Revisão Integrativa (RI). A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção desses estudos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos para a RI.



Observou-se que nos estudos selecionados os idosos estavam inseridos em diferentes cenários e contextos, o que permitia uma ampla exploração quanto aos Diagnósticos de Enfermagem, considerando que as necessidades dos idosos também eram diversas. Os campos de realização dos estudos, nos quais os DEs foram identificados, estão representados na Figura 2.

Figura 2. Campos de estudo das produções analisadas



Nos 51 estudos analisados, identificou-se um total de 101 diagnósticos de enfermagem, dos quais (n= 64, 63,3%) diagnósticos contemplaram a dimensão biológica, (n= 25, 24,7%) contemplaram a dimensão emocional, (n= 7, 6,9%) a dimensão social e (n= 5, 4,9%) a dimensão espiritual.

Tabela 1. Prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA – I (2018-2020) nas dimensões emocionais, sociais e espirituais identificados nos estudos selecionados.

Diagnósticos de Enfermagem	n	%
Ansiedade	20	39,2
Risco de solidão	14	27,4
Desesperança	12	23,5
Interação social prejudicada	12	23,5
Isolamento social	11	21,5

Tristeza crônica	8	15,6
Baixa autoestima situacional	7	13,7
Medo	7	13,7
Enfrentamento ineficaz	5	9,8
Angústia/ Sofrimento espiritual	4	7,8
Processos familiares interrompidos	4	7,8
Distúrbio na imagem corporal	4	7,8
Risco de suicídio	4	7,8
Risco de violência direcionada a si mesmo	3	5,8
Disposição para autoconceito melhorado	3	5,8
Risco de sentimento de impotência	3	5,8
Disposição para bem-estar espiritual melhorado	2	3,9
Processos familiares disfuncionais	2	3,9
Ansiedade relacionada à morte	2	3,9
Resiliência prejudicada	2	3,9
Sentimento de impotência	2	3,9
Regulação do humor prejudicada	2	3,9
Controle emocional lábil	1	1,9
Risco de dignidade humana comprometida	1	1,9
Baixa auto-estima crônica	1	1,9
Enfrentamento defensivo	1	1,9
Distúrbio na identidade pessoal	1	1,9
Risco de baixa autoestima situacional	1	1,9
Disposição para processos familiares melhorados	1	1,9
Desempenho de papéis ineficaz	1	1,9
Síndrome de estresse por mudança	1	1,9
Risco de síndrome pós-trauma	1	1,9
Disposição para enfrentamento melhorado	1	1,9
Risco de religiosidade prejudicada	1	1,9
Disposição para religiosidade melhorada	1	1,9

Risco de sofrimento espiritual	1	1,9
Pesar	1	1,9

Os DEs com maior prevalência foram, respectivamente: “Ansiedade” (n 20, 39,2%), “Risco de solidão” (n=14, 27,4%), “Desesperança” (n=12, 23,5%), “Interação social prejudicada” (n=12, 23,5%), “Isolamento social” (n=11, 21,5%), “Tristeza crônica” (n=8, 15,6%), “Baixa autoestima situacional” (n=7, 13,7%), “Medo” (n=7, 13,7%), “Enfrentamento ineficaz” (n=5, 9,8%), “Angústia espiritual” (n=4, 7,8%), “Distúrbio na imagem corporal” (n=4, 7,8%), “Processos familiares interrompidos” (n=4, 7,8%) e “Risco de suicídio” (n=4, 7,8%).

Na Tabela 2, os Diagnósticos de Enfermagem estão apresentados de acordo com os domínios e classes, nos quais os mesmos estão inseridos, com destaque para os mais prevalentes.

Tabela 2 Diagnósticos de Enfermagem de acordo com os domínios e classes, NANDA - I (2018-2020)

Domínios e Classes	Diagnósticos	n	%
5 – Percepção/ Cognição			
Classe 4 - Cognição	Controle emocional lábil	1	1,9
6 - Autopercepção			
Classe 1 - Autoconceito	Disposição para autoconceito melhorado	3	5,8
	Risco de dignidade humana comprometida	1	1,9
	Desesperança	12	23,5
	Distúrbio na identidade pessoal	1	1,9
Classe 2 - Autoestima	Baixa autoestima situacional	7	13,7
	Risco de baixa autoestima situacional	1	1,9
	Baixa autoestima crônica	1	1,9
Classe 3 – Imagem Corporal	Distúrbio na imagem corporal	4	7,8
7 – Papéis e relacionamento			
Classe 2 – Relações familiares	Processos familiares disfuncionais	2	3,9
	Processos familiares interrompidos	4	7,8

	Disposição para processos familiares melhorados	1	1,9
Classe 3 – Desempenho de papéis	Desempenho de papéis ineficaz	1	1,9
	Interação social prejudicada	12	23,5
9 – Enfrentamento/ Tolerância ao estresse			
Classe 1 – Resposta pós-trauma	Síndrome de estresse por mudança	1	1,9
	Risco de síndrome pós-trauma	1	1,9
Classe 2 – Respostas de enfrentamento	Ansiedade	20	39,2
	Ansiedade relacionada à morte	2	3,9
	Enfrentamento defensivo	1	1,9
	Enfrentamento ineficaz	5	9,8
	Disposição para enfrentamento melhorado	1	1,9
	Medo	7	13,7
	Pesar	1	1,9
	Regulação do humor prejudicada	2	3,9
	Resiliência prejudicada	2	3,9
	Sentimento de impotência	2	3,9
	Risco de sentimento de impotência	2	3,9
	Tristeza crônica	8	15,6
10 – Princípios da vida			
Classe 2 - Crenças	Disposição para bem-estar espiritual melhorado	2	3,9
	Risco de religiosidade prejudicada	1	1,9
	Disposição para bem religiosidade melhorada	1	1,9
	Angústia espiritual	4	7,8
	Risco de sofrimento espiritual	1	1,9
11 – Segurança/ Proteção			
Classe 3 - Violência	Risco de suicídio	4	7,8
	Risco de violência direcionada a si mesmo	3	5,8

12 - Conforto

Classe 3 – Conforto social	Isolamento social	11	21,5
	Risco de solidão	14	27,4

Dos 13 domínios existentes, 7 foram abordados e para uma melhor categorização dos diagnósticos apresentados, as definições dos domínios e das classes, conforme a Taxonomia II da NANDA - I (Herdman & Kamitsuru, 2018) são as seguintes:

Domínio 5 – Percepção/ Cognição: sistema humano de processamento de que inclui atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação. Classe 4 – Cognição (uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, insight, capacidade intelectual, cálculos e linguagem);

Domínio 6 – Autopercepção: percepção de si mesmo. Classe 1 – Autoconceito (Percepção(ões) do eu total); Classe 2 – Autoestima (avaliação do próprio valor, importância, capacidade e sucesso) e Classe 3 – Imagem corporal (imagem mental do próprio corpo);

Domínio 7 - Papéis e relacionamentos: conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas. Classe 2 - Relações familiares (associações de pessoas relacionadas biologicamente ou por opção) e Classe 3 – Desempenho de papéis (qualidade de funcionamento em padrões de comportamento socialmente esperados);

Domínio 9 – Enfrentamento/ Tolerância ao estresse: confronto com eventos/processos da vida. Classe 1 – Respostas pós-trauma (respostas que ocorrem após trauma físico ou psicológico) e Classe 2 – Respostas de Enfrentamento (processo de lidar com o estresse ambiental);

Domínio 10 – Princípios da vida: princípios que subjazem à conduta, ao pensamento e ao comportamento com relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco. Classe 2 – Crenças (opiniões, expectativas ou juízos sobre atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco); e Classe 3 – Coerência entre valores/ crenças/ atos (correspondência ou equilíbrio alcançado entre valores, crenças e atos);

Domínio 11 – Segurança/ Proteção: estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e da ausência de perigos. Classe 3 – Violência (uso de força ou poder excessivo para causar dano ou abuso);

Domínio 12 – Conforto: sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social.
Classe 3 – Conforto social (sensação de bem-estar ou tranquilidade com a própria situação social).

No Quadro 1, serão apresentados os DEs encontrados em cada cenário de cuidado no qual os idosos estavam inseridos, de acordo com os autores dos estudos abordados nesta RI.

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem por campo de estudo, identificado pelos respectivos autores.

Cenários	Diagnósticos de Enfermagem	Autores
Atenção Básica	Síndrome do estresse por mudança; Tristeza crônica Risco para solidão Baixa autoestima situacional Interação social prejudicada Isolamento social e Desesperança	(Araújo & Bachion, 2005) (Marin, Cecílio, Rodrigues, Ricci, & Druzian, 2008; Marin, Rodrigues, Druzian, & Cecílio, 2010) (Carvalhêdo, Antonio & Santos, 2015; Marin, Cecílio, Rodrigues, Ricci & Druzian, 2008;) (Díaz-Martín & González-Carpio, 2013) (Brito-Brito, Oter-Quintana, Martín-García, Alcolea-Cosín, Martín-Iglesias, & Fernández-Gutiérrez, 2014) (Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem & Stival, 2019)
Unidades hospitalares (clínica, cirúrgica, oncológica e UTI)	Angústia espiritual Ansiedade	(Caldeira, Carvalho, & Vieira, 2014; Marin, Barbosa & Takitane, 2000; Caldeira, Timmins, Carvalho & Vieira, 2017; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017) (Araújo, Rodrigues, & Chianca, 2014; Costa, Linch & Souza, 2016; Chianca, Lima, & Salgado, 2012; Frauenfelder, Achterberg, & Müller, 2018; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres, & Junior, 2017; Lima, Nunes, Alvarez, Valcarenghi, & Bezzera, 2015; Martins, Silva, Abreu, Rosa, Lima, & Bandeira, 2019; Park, & Tucker, 2017; Peña, Echaniz, Mota, Requejo, Arrien, García, C. G., García, & Casin, 2009; Sakano, & Yoshitome, 2007; Sampaio, Araújo, Sequeira, Canut, Martins, 2018; Sousa, Santana, Santo, Almeida, & Alves, 2010; Ribeiro Bitencourt, Ferreira

	<p>Ansiedade relacionada à morte</p> <p>Baixa autoestima situacional</p> <p>Baixa autoestima crônica</p> <p>Disposição para bem-estar espiritual melhorado</p> <p>Disposição para enfrentamento melhorado</p> <p>Disposição para autoconceito melhorado</p> <p>Disposição para religiosidade melhorada</p> <p>Desesperança</p> <p>Distúrbio na imagem corporal</p>	<p>Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016).</p> <p>(Kisvetrová, Klugar & Kabelka 2013; Lodhi, Cheema, Stifter, Wilkie, Keenan, Yao, Ansari & Khokhar, 2014)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres, & Junior, 2017; Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá & Santana, 2008; Shawler, 2010)</p> <p>(Frauenfelder, Achterberg, & Müller, 2018)</p> <p>(Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Rodríguez Díaz, Pérez-Marfil & Cruz-Quintana, 2014; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009)</p> <p>(Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017)</p> <p>(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009; Shawler, 2010; Sousa, Santana, Santo, Almeida & Alves, 2010; Roberts, Johnson & Keely, 1999; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009)</p>
--	--	--

	<p>Disposição para processos familiares melhorados</p> <p>Enfrentamento ineficaz;</p> <p>Enfrentamento defensivo</p> <p>Interação social prejudicada</p> <p>Isolamento social</p> <p>Medo</p> <p>Processos familiares interrompidos</p> <p>Resiliência prejudicada</p> <p>Regulação do humor prejudicada</p> <p>Risco de baixa autoestima situacional</p>	<p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011)</p> <p>(Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Shawler, 2010)</p> <p>(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018).</p> <p>(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019; Brito-Brito, Oter-Quintana, Martín-García, Alcolea-Cosín, Martín-Iglesias, & Fernández-Gutiérrez, 2014; Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008; Marin, Barbosa, & Takitane, 2000)</p> <p>(Gosline, 2003; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Montserrat, Canut & Ávila, 2009; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Lira, Santos, Gautério, Vidal & Tier, 2013; Lira, Santos, Vidal, Gautério, Tomaschewski-Barlem & Roggia Piexak, 2015; Park & Tucker, 2017; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016)</p> <p>(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Shawler, 2010)</p> <p>(Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017)</p> <p>(Muñiz, Gómez, Becerril & Solano, 2019).</p> <p>(Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017)</p>
--	---	--

	Risco de religiosidade prejudicada	(Lima, Nunes, Alvarez, Valcarengi & Bezzera, 2015).
	Risco de sentimento de impotência	(Gosline, 2003; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009)
	Risco de sofrimento espiritual	(Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016)
	Risco de solidão	(Chianca, Lima & Salgado, 2012; Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Gosline, 2003; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Montserrat, Canut & Ávila, 2009; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011 Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009)
	Risco de suicídio	(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Muñiz, Gómez, Becerril & Solano, 2019, Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016; Sousa, Perrelli & Botelho, 2018)
	Risco de violência autodirigida	(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Shawler, 2010)
	Sentimento de impotência	(Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017)
	Tristeza crônica	(Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Sousa, Santana, Santo, Almeida & Alves, 2010; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016)
Instituição de Longa Permanência	Ansiedade;	(Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Souza, Mello, Morsch, Prates & Pereira, 2014; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008)
	Controle emocional lábil	(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019)
	Disposição para bem-estar espiritual melhorado	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010).

	Desesperança	(Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008)
	Interação social prejudicada	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008)
	Isolamento social	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010; Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez, 2010; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Sousa, Grden, Sloboda, Paula, Silva & Sicorra, 2017)
	Medo	(Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008)
	Processos familiares interrompidos;	(Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Freitas, Pereira & Guedes, 2010)
	Processos familiares disfuncionais	(Silva, Souza & Santana, 2015)
	Risco de dignidade humana comprometida	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010)
	Regulação do humor prejudicada	(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019)
	Risco de síndrome pós-trauma	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010)
	Risco de solidão	(Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez, 2010; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008)
	Tristeza crônica	(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019)
Ambulatório de Saúde Mental	Distúrbio na imagem corporal; Processos familiares disfuncionais; Ansiedade; Enfrentamento ineficaz; Pesar; Isolamento social.	(Teixeira & Fernandes, 2003)
Ambulatório de Geriatria	Tristeza crônica e Ansiedade	(Popim, Dell'Acqua, Almeida & Braz, 2010).
Centro de cuidados e reabilitação de idosos	Ansiedade	(Mattos et al., 2011)
	Distúrbio na identidade pessoal; Desempenho de papéis ineficaz;; Risco de solidão;	(Guler, Eser, Khorshid & Yucel, 2012)
	Interação social prejudicada	(Guler, Eser, Khorshid & Yucel, 2012; Mattos et al., 2011)

Foi observável que, o DE Ansiedade foi identificado em (n=5, 83%) dos seis campos de pesquisa, já o Risco de solidão esteve presente em 4 (66%), Tristeza crônica em (n=3, 50%) contextos, bem como Interação social prejudicada (n=3, 50%) e Isolamento social (n=3, 50%), o DE Desesperança foi identificado em (n=2, 33,3%) campos.

Na atenção básica o DE Tristeza crônica foi prevalente; nas unidades hospitalares os DEs Ansiedade, Desesperança, Risco de solidão e Interação social prejudicada foram identificados com uma frequência maior; nas Instituições de Longa Permanência o Isolamento social prevaleceu, seguido de Ansiedade, Processos familiares interrompidos, Interação social prejudicada e Risco de solidão; nos ambulatórios (Saúde mental e Geriatria) o diagnóstico mais frequente foi Ansiedade e nos centros de cuidados e reabilitação de idosos Interação social prejudicada.

No Quadro 2, estão os (n=13, 35%) Diagnósticos de Enfermagem que obtiveram maior prevalência dentre os demais e seus respectivos autores.

Quadro 2. Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes neste estudo e seus respectivos autores.

Diagnósticos de Enfermagem	Autores
Ansiedade	(Araújo, Rodrigues, & Chianca, 2014; Costa, Linch & Souza, 2016; Chianca, Lima, & Salgado, 2012; Ehrenberg & Ehnfors, 1999; Frauenfelder, Achterberg, & Müller, 2018; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres, & Junior, 2017; Lima, Nunes, Alvarez, Valcarenghi, & Bezzera, 2015; Martins, Silva, Abreu, Rosa, Lima, & Bandeira, 2019; Mattos et al., 2011; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Park, & Tucker, 2017; Peña, Echaniz, Mota, Requejo, Arrien, García, C. G., García, & Casin, 2009; Popim, Dell'Acqua, Almeida & Braz, 2010; Sakano, & Yoshitome, 2007; Sampaio, Araújo, Sequeira, Canut, Martins, 2018; Sousa, Santana, Santo, Almeida, & Alves, 2010; Souza, Mello, Morsch, Prates & Pereira, 2014; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti, & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz, & Castro, 2016; Teixeira & Fernandes, 2003)
Risco de Solidão	(Carvalhêdo, Antonio & Santos, 2015; Chianca, Lima & Salgado, 2012; Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Gosline, 2003; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Guler, Eser, Khorshid & Yucel, 2012; Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez, 2010; Marin, Cecílio, Rodrigues, Ricci & Druzian, 2008; Montserrat, Canut & Ávila, 2009; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Ribeiro Bitencourt, Ferreira

	Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009)
Interação social prejudicada	(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019; Brito-Brito, Oter-Quintana, Martín-García, Alcolea-Cosín, Martín-Iglesias, & Fernández-Gutiérrez, 2014; Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Freitas, Pereira & Guedes, 2010; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Guler, Eser, Khorshid & Yucel, 2012; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Marin, Barbosa, & Takitane, 2000; Mattos et al., 2011; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008)
Isolamento social	(Freitas, Pereira & Guedes, 2010; Gosline, 2003; Jesus, Sena, Meira, Gonçalves & Alvarez, 2010; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Montserrat, Canut & Ávila, 2009; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem & Stival, 2019; Sousa, Grden, Sloboda, Paula, Silva & Sicorra, 2017; Teixeira & Fernandes, 2003)
Desesperança	(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá, & Santana, 2008; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009; Shawler, 2010; Sousa, Santana, Santo, Almeida & Alves, 2010; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem & Stival, 2019; Roberts, Johnson & Keely, 1999)
Tristeza crônica	(Benevides, Sousa, S. C Sousa, Medino & Magalhães, 2019; Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Marin,

	Cecílio, Rodrigues, Ricci, & Druzian, 2008; Marin, Rodrigues, Druzian, & Cecílio, 2010; Popim, Dell'Acqua, Almeida & Braz, 2010; Ribeiro Bitencourt, Ferreira Santana, Dantas Cavalcanti & Cassiano, 2011; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Sousa, Santana, Santo, Almeida & Alves, 2010)
Baixa autoestima situacional	(Díaz-Martín & González-Carpio, 2013; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres, & Junior, 2017; Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016; Santos, Souza, Valle, Cavalcanti, Sá & Santana, 2008; Shawler, 2010)
Medo	(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Lira, Santos, Gautério, Vidal & Tier, 2013; Lira, Santos, Vidal, Gautério, Tomaschewski-Barlem & Roggia Piexak, 2015; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Park & Tucker, 2017; Ribeiro, Cardoso, Silva, Silva, Bubolz & Castro, 2016)
Enfrentamento ineficaz	(Díaz-Martín, & González-Carpio, 2013; Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Shawler, 2010; Teixeira & Fernandes, 2003)
Angústia espiritual	(Caldeira, Carvalho, & Vieira, 2014; Caldeira, Timmins, Carvalho & Vieira, 2017; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Marin, Barbosa & Takitane, 2000)
Processos familiares interrompidos	(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Freitas, Pereira & Guedes, 2010; Oliveira, Gorreis, Creutzberg, Santos, 2008; Shawler, 2010)
Distúrbio na imagem corporal	(Guedes, Santos, Nakatani & Chianca, 2011; Jomar, Gomes, Leite, Gomes, Peres & Junior, 2017; Santos, Nakatani, Santana & Bachion, 2009; Teixeira & Fernandes, 2003)
Risco de suicídio	(Frauenfelder, Achterberg & Müller, 2018; Muñiz, Gómez, Becerril & Solano, 2019, Prokofieva, Koukia & Dikeos, 2016; Sousa, Perrelli & Botelho, 2018)

Discussão

A maior parte dos estudos (n=30, 60%) teve como campo de pesquisa unidades hospitalares, seguido de Atenção Básica (n=9, 17%) e Instituição de Longa Permanência (n=8, 15%). Dessa forma, observou-se que o desenvolvimento de estudos no contexto hospitalar ainda é de interesse maior, até mesmo quando o foco dos estudos é a população idosa. Como consequência disso, a concentração de DEs foi mais elevada nesse contexto, totalizando (n=28, 75,6%) dos (n=37, 100%) diagnósticos identificados que contemplaram as necessidades emocionais, sociais e espirituais dos idosos.

Nos estudos que tiveram como campo de pesquisa as unidades hospitalares, identificou-se uma priorização dos DEs correspondentes às necessidades biológicas, enquanto os diagnósticos que abrangem as dimensões emocionais, sociais e espirituais foram identificados com percentual menor (Araújo et al., 2014; Chianca et al., 2012; Costa et al., 2016; Gosline, 2003; Guedes et al., 2011; Lima et al., 2015; Lira et al., 2013; Lira et al., 2015; Marin et al., 2000; Martins et al., 2019; Park & Tucker, 2017; Peña et al., 2009; Ribeiro et al., 2011; Sakano, & Yoshitome, 2007; Santos et al., 2008; Santos et al., 2009; Sousa et al., 2010).

Observou-se que dentre as dimensões emocionais, sociais e espirituais as necessidades espirituais dos idosos foram menos exploradas, representando apenas (n=5, 4,9%) dos (n=37, 100%) DEs identificados (Caldeira et al., 2014; Caldeira et al., 2017; Freitas et al., 2010; Jomar et al., 2017; Lima et al., 2015; Marin et al., 2000; Ribeiro, Cardoso et al., 2016). Isso vem ao encontro dos dados obtidos no estudo de Chianca et al. (2012) que identificou 25 diagnósticos mapeados às necessidades biológicas, 3 às necessidades sociais e nenhum diagnóstico abordado para as necessidades espirituais. De acordo com Caldeira et al. (2017), o enfermeiro deve saber ouvir e questionar os pacientes sobre suas necessidades espirituais, pois é importante o uso de diagnósticos diferenciais para planejar intervenções eficazes.

Dos (n=37, 100%) diagnósticos identificados nas dimensões emocionais, sociais e espirituais apenas (n=13, 35%) foram identificados com maior prevalência, sendo eles: “Ansiedade” (n=20, 39,2%), “Risco de solidão” (n=14, 27,4%), “Desesperança” (n=12, 23,5%), “Interação social prejudicada” (n=12, 23,5%), “Isolamento social” (n=11, 21,5%), “Tristeza crônica” (n=8, 15,6%), “Baixa autoestima situacional” (n=7, 13,7%), “Medo” (n=7, 13,7%), “Enfrentamento ineficaz” (n=5, 9,8%), “Angústia espiritual” (n=4, 7,8%), “Distúrbio na imagem corporal” (n=4, 7,8%), “Processos familiares interrompidos” (n=4, 7,8%) e “Risco de suicídio” (n=4, 7,8%). Os demais DEs (n=24, 64%) foram identificados em no máximo (n=3, 5,8%) dos estudos analisados.

Dentre os (n=37, 100%) DEs apresentados nesta RI, (n=14, 37,8%) estão inseridos no Domínio 9 - Enfrentamento/ Tolerância ao estresse, sendo assim o domínio mais abordado, seguido pelo Domínio 6 – Autopercepção, com (n=8, 21,6%) diagnósticos identificados.

Ao buscar as descrições das necessidades e características que os idosos apresentavam ao receberem cada diagnóstico identificado como mais prevalente na presente pesquisa, observou-se que nem todos os autores abordam as características dos DEs referentes às necessidades emocionais, sociais e espirituais, possivelmente por não estarem elencados entre os mais frequentes na grande maioria dos estudos, pois os DEs correspondentes às necessidades biológicas foram prevalentes e, dessa forma mais discutidos.

Segundo Lima et al. (2015), o diagnóstico “Ansiedade” foi apresentado como uma necessidade psicossocial, com associação familiar e relacionado ao estresse. Jomar et. Al (2017) utilizou a definição da NANDA – I para o diagnóstico “Ansiedade”: sensação vaga e desconfortável de desconforto ou medo, de apreensão causada pela antecipação do perigo, o transtorno de ansiedade é um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo agir para lidar com a ameaça. A ansiedade é uma característica própria do processo de envelhecimento, pois os idosos não se encontram preparados para lidar com suas limitações físicas e psicológicas (Teixeira & Fernandes, 2003).

Carvalhêdo et al. (2015), relacionou algumas informações presentes em seu estudo como possíveis fatores para elaboração do diagnóstico “Risco de solidão”, como estado civil, aposentadoria, relato de morar sozinho e/ou ficar sozinho a maior parte do tempo, além da falta de praticar alguma atividade física. Para Marin et al., (2008) fatores como privação afetiva, isolamento social e falta de energia são determinantes para tal diagnóstico.

Quanto ao diagnóstico “Desesperança”, Sousa et al., (2010) relacionou este DE com a Síndrome Isolamento social e descreveu como um estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas, sendo incapaz de mobilizar energias a seu favor e também na interação social. Com um acúmulo de perdas físicas e a incapacidade de cuidar de si mesmos, os pacientes idosos podem sentir uma enorme sensação de desesperança (Roberts et al., 1999).

Conforme Freitas et al., (2010), em seu estudo realizado em uma instituição de longa permanência, a “Interação social prejudicada” foi relacionada ao fato dos idosos não se conhecerem e não manifestarem interesse em manter amizades. Em um outro estudo, identificou-se o mesmo DE relacionado a incontinência urinária, por causar desconforto em momentos de socialização (Brito-Brito et al., 2014).

Alguns dos fatores relacionados ao diagnóstico “Isolamento social” são: múltiplas perdas de amigos, estado físico de saúde, segurança, suporte familiar ineficaz (Gosline, 2003). Jesus et al., (2010) também citou o enfraquecimento familiar como um fator que predispõe o isolamento social. Isso vem ao encontro do que foi exposto, através dos diagnósticos identificados nos estudos realizados em Instituições de Longa Permanência, que a questão social predomina para idosos institucionalizados, já que um dos fatores citados é a perda de vínculo e interação com familiares e amigos. Além disso, considera-se que Instituições de Longa Permanência geram alterações e um acentuado declínio da capacidade funcional e cognitiva para os idosos e, a avaliação de enfermagem permite identificar variáveis que geram esse declínio, dessa forma, através dos diagnósticos formulados pelos enfermeiros é possível planejar de forma mais eficaz os cuidados inerentes as necessidades específicas dessa população (Souza et al., 2014).

Quanto a “Baixa autoestima situacional”, Diaz-Martín (2013) evidenciou que alguns fatores são predominantes, tais como: alteração da imagem corporal, seguida por mudanças do papel social, diminuição funcional, mudanças de desenvolvimento, conduta inconsistente com os valores, além de características como verbalização auto negativa e expressões de desesperança e inutilidade.

No estudo de Marin et al., (2008) o DE “Tristeza crônica” está associado a depressão, solidão, desesperança, baixa autoestima, raiva e frustração.

Segundo Lira et al., (2015), o diagnóstico “Medo” foi identificado e associado ao medo de sofrer e ao medo de sentir dor.

De acordo com Caldeira et al., (2014), a “Angústia espiritual” assemelha-se aos sintomas de depressão e, em seu estudo, identificou que a maioria dos pacientes que tiveram o diagnóstico de Angústia espiritual estavam fazendo uso de antidepressivos.

Oliveira et al., (2008) identificou o diagnóstico “ Processos familiares interrompidos” e referiu que as relações dos idosos com suas famílias são diversificadas.

Muñoz et al., (2019) identificou o “Risco de suicídio” através da fala de uma idosa que manifestou pensamentos pessimistas sobre o seu futuro, além de ideias suicidas.

Alguns estudos reconhecem a importância de considerar, além das necessidades biológicas, as necessidades emocionais, sociais e espirituais do ser humano, a fim de prestar um cuidado integral e individualizado (Araújo & Bachion, 2005, Brito-Brito et al., 2014, Chianca et al., 2012, Diaz-Martín, 2013).

Conforme Chianca et al., (2012) e Sakano et al., (2007), os diagnósticos de enfermagem relacionados as necessidades biológicas correspondem ao modelo biomédico das instituições

hospitalares, sendo que o foco dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar ainda é o controle e a cura. Díaz-Martín (2013), afirma que as necessidades biológicas são mais facilmente avaliadas e tratadas, pois fazem parte do contexto usual de trabalho dos enfermeiros.

Segundo Teixeira e Fernandes (2003), muitos dos diagnósticos estão relacionados ao processo de envelhecimento e afirma que, ainda há o despreparo dos profissionais para reconhecer os problemas que a população idosa apresenta. Em seu estudo, a maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados estavam relacionados ao descontentamento dos idosos estarem impossibilitados de realizarem suas atividades da vida diária.

Diferentes autores ressaltam sobre a necessidade de o enfermeiro conhecer a população com a qual trabalha e de adquirir habilidades específicas para conseguir atender as demandas associadas ao processo de envelhecimento que vão além do processo saúde/doença, com a finalidade de garantir um cuidado integral e efetivo (Martins et al., 2019, Oliveira et al., 2008, Popim et al., 2010, Teixeira & Fernandes, 2003).

Considerações finais

A partir dos resultados apresentados nesta RI foi possível responder à questão norteadora, caracterizando os diagnósticos de enfermagem na perspectiva holística, considerando as dimensões emocionais, sociais e espirituais da população idosa. Os diagnósticos de enfermagem identificados contemplam as dimensões emocionais, sociais e espirituais, sendo consideravelmente menos explorados comparando-os com os DEs abordados na dimensão biológica. Portanto, os resultados também permitem reafirmar que o foco de abordagem dos enfermeiros para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem ainda é a dimensão biológica, tornando-se necessária uma maior exploração dos diagnósticos que contemplam as dimensões emocionais, sociais e espirituais para que, dessa forma, as necessidades específicas da população idosa sejam atendidas.

A população idosa emerge necessidades que não estão relacionadas somente a presença de patologias, pois o processo de envelhecimento e as limitações presentes nesta fase, perpassam pela dimensão biológica e apresentam necessidades emocionais, sociais e espirituais que refletem no bem-estar dessa população.

Considerando que, os diagnósticos de enfermagem dão subsídios para uma ampla abordagem das necessidades multidimensionais dos indivíduos, favorecendo o planejamento de cuidados, o enfermeiro ao ampliar o seu olhar sobre as necessidades que os idosos apresentam, torna possível atender, através do plano de cuidados, as demandas dessa população de forma integral, singular e efetiva.

Referências

- American Holistic Nursing Association. (2013). *Holistic nursing: scope and standards of practice*. 2. ed. Silver Spring, MD: American Nurses Publishing, 2013. cap. 2.
- American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA* (6a. ed.) (D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Penso.
- Araújo, L. A. de O., & Bachion, M. M. (2005). Diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 53-61. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100007>
- Araújo, D. D., Rodrigues, R. L. C., & Chianca, T. C. M. (2014). Nursing diagnoses identified in records of hospitalized elderly. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 225-235. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200005&lng=en&tlng=en.
- Benevides, K. G. C. B., Sousa, A. I., Sousa, S. C., Medino, Y. M. S., & Magalhães, N. A. K. (2019). Clinical Framework of Elderly People in a Long-Term Institution. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3), 594–603. <https://doi-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/10.5205/1981-8963-v13i03a237427p594-603-2019>
- Brito-Brito, P. R., Oter-Quintana, C., Martín-García, Á., Alcolea-Cosín, M. T., Martín-Iglesias, S., & Fernández-Gutiérrez, D. Á. (2014). Case Study: Community Nursing Care Plan for an Elderly Patient With Urinary Incontinence and Social Interaction Problems After Prostatectomy. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi:10.1111/2047-3095.12021
- Caldeira, S., Carvalho, E. C. de, & Vieira, M. (2014). Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 28-34. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3073.2382>
- Caldeira, S., Timmins, F., Carvalho, E., & Vieira, M. (2017). Spiritual wellbeing and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the swbq as component of holistic nursing diagnosis. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1489-1502. <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0390-4>
- Carvalhêdo, F. T. G., Antonio, P. S., & Santos, D. S. (2015). Embracement for the elderly and nursing care systematization in primary care. *Journal of Nursing UFPE on line*, 9(1):143-8. <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201520>
- Chianca, T. C. M., Lima, A. P. S., & Salgado, P. O. (2012). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1102-1108. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500010>
- Cooper, H. M. (1982). Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*. Newburg Park, 52 (2), pp. 291-302.

- Costa, C., Linch, G. F. C., & Souza, E. N. (2016). Nursing diagnosis based on signs and symptoms of patients with heart disease. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(4), 210-214. doi: 10.1111/2047-3095.12132
- Crossetti, M. G. O., & Góes, M. G. O. (2016). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. In: NANDA Internacional Inc.; Herdman, T. H.; Napoleão, A. A.; Takao, C.; Silva, V. M. (Org.). *PRONANDA Programa de Atualização em Diagnóstico de Enfermagem*, 1(4), p. 9-34. Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Díaz-Martín, A., & González-Carpio, Ó. P. (2013). Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria. [Follow-up of primary care patients with a NANDA I nursing diagnosis of low self-esteem]. *Enfermería Clínica*, 23(5), 196-202. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.08.003
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient Problems, Needs, and Nursing Diagnoses in Swedish Nursing Home Records. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 10(2), 65-76. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-618X.1999.tb00028.x>
- Frauenfelder, F., Achterberg, T., & Müller, S. M. (2018). Nursing diagnoses related to psychiatric adult in patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 463-475. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13959>
- Freitas, M. C., Pereira, R. F., & Guedes, M. V. C. (2010). Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 9(3), 518-526. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.9544
- Gosline, M. B. (2003). Client participation to enhance socialization for frail elders. *Geriatric Nursing*, 24(5), 286-289. [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4572\(03\)00244-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4572(03)00244-1)
- Guedes, H. M., Santos, W. L., Nakatani, A.Y. K., & Chianca, T. C. M. (2011). Diagnósticos de enfermagem na admissão e alta hospitalar de idosos [Nursing diagnosis in admission and discharge of the elderly]. *Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, 19(4):564-70.
- Guler, E.K., Eser, I., Khorshid, L., & Yucel, S.C. (2012) Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nurs Outlook*, 60(1): 8-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.007>
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações 2018-2020. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap. 2 - 3, pp. 165 - 243.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2018) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
- Jesus, I. S. de, Sena, E. L. S., Meira, E. C., Gonçalves, L. H. T., & Alvarez, A. M. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 285-292. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200012>

- Jomar, R. T., Gomes, R. A. F., Leite, D. C., Gomes, H. F., Peres, E. M., & Junior, E. F. P. (2017). Nursing diagnoses in adult/elderly patients undergoing outpatient antineoplastic chemotherapy : a review. *Ecancermedicalscience*, 11. <https://dx.doi.org/10.3332/ecancer.2017.736>
- Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International journal of palliative nursing*, December, 19(12), 599-605.
- Kreitzer, M. J., & Koithan, M. (Ed.). (2014) Integrative Nursing. *New York: Oxford University Press*, cap. 1.
- Lima, W. G., Nunes, S. F. L., Alvarez, A. M., Valcarenghi, R.V., & Bezzera, M. L. R. (2015). Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. *Revista Rene*, 16(1), 72-80. <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100010>
- Lira, L. N., Santos, S. S. C., Gautério, D. P., Vidal, D. A. S., Tier, C. G. (2013). Histórico de enfermagem para idosos hospitalizados: base para diagnósticos e prescrições [Nursing history for hospitalized elderly: basis for diagnoses and prescriptions]. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(8), 5198-5206. <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201317>
- Lira, L. N., Santos, S. S. C., Vidal, D. A. S., Gautério, D. P., Tomaschewski-Barlem, J. G., & Roggia Piexak, D. (2015). Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. *Avances en Enfermería*, 33(2), 251-260. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.30762>
- Lodhi, M. K., Cheema, U. I., Stifter J., Wilkie, D. J., Keenan G. M., Yao, Y., Ansari, R., & Khokhar, A. A. (2014). Death anxiety in hospitalized end-of-life patients as captured from a structured electronic health record: differences by patient and nurse characteristics. *Research in Gerontological Nursing*, 7(5), 224-234. <https://dx.doi.org/10.3928/19404921-20140818-01>.
- Marin, M. J. S., Barbosa, P. M. K., & Takitane, M. T. (2000). Diagnósticos de enfermagem mais frequentes entre idosos hospitalizados em unidade de clínica médica e cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(4), 513-523. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000400005>
- Marin, M. J. S., Cecílio, L. C. O., Rodrigues, L. C. R., Ricci, F. A., & Druzian, S. (2008). Diagnósticos de enfermagem de idosos carentes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (2): 278 – 284. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12>
- Marin, M. J. S., Rodrigues, L. C. R., Druzian, S., & Cecílio, L. C. O. (2010). Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 47-52. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100007>
- Martins, N., Silva, B., Abreu, D., Rosa, B., Lima, J., & Bandeira, E. (2019). Nursing diagnoses in elderly people admitted in surgical unit / Diagnósticos de enfermagem em idosos internados em unidade cirúrgica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 11-19. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.11-19>

- Mattos, C. M. Z., Garces, S. B. B., Costa, F. T. L., Rosa, C. B., Brunelli, A. V., Hansen, D., Bianchi, P. D., Krug, M. R., Seibel, R., Porto, A. M., Sturmer, J., Nascimento, K. B., Lima, B. A., & Stürmer, L. (2011). Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégia de reabilitação. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16, 433-447.
- Montserrat, P. L., Canut, M. T. L., & Ávila, N. R. (2009). Nursing assessment: detection of loneliness and social isolation in oldpeople in risk. *Gerokomos*, 20(1), 9-14. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n1/09rincon.pdf>
- Muñiz, G. M., Gómez, B. A., Becerril, L. C., & Solano, G. (2019). Lifestyle of the elderly person living with diabetes and characterization of nursing diagnoses. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, 01-12. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0552>
- Oliveira, D. N. de, Gorreis, T. F., Creutzberg, M., & Santos, B. R. L. (2008). Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Revista Ciência & Saúde*, 1(2), 57-63.
- Organização das Nações Unidas (ONU). The World Population Prospects: The 2017 Revision, published by the UN Department of Economic and Social Affairs. 2017. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>
- Park, H., & Tucker, D. A. (2017). Capturing Key NANDA-I Nursing Diagnoses From Actual Clinical Data for Patients With Heart Failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 30-36. <https://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12097>
- Peña, F. R., Echaniz, S. C., Mota, M. P. G., Requejo, A. D., Arrien, L. A., García, A. R. M, García, C. G., & Casin, M. M. (2009). Problemas de enfermería en el trasplante a pacientes añosos. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(4), 34-39. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000400006&lng=es&tlng=es.
- Popim, R. C., Dell'Acqua, M. C. Q, Almeida, T. A. de, & Braz, A. C. G. (2010). Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (1), 21-27. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.10525>
- Prokofieva, M., Koukia, E., & Dikeos, D. (2016). Mental Health Nursing in Greece: Nursing Diagnoses and Interventions in Major Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (8), 556-563. doi:10.3109/01612840.2016.1169466.
- Ribeiro Bitencourt, G., Ferreira Santana, R., Dantas Cavalcanti, A. C., & Cassiano, K. M. (2011). Comparison of nursing postoperative diagnoses in adults and elderly inpatients. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 13(4), 604-611.
- Ribeiro, J. P, Cardoso, L. S, Silva, C. M. P., C., Silva, B. T, Bubolz, B. K, & Castro, C. K. (2016). Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8 (4), 5136-5142. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754107032>

- Ribeiro, I. A., Lima, L. R., Volpe, C. R. G., Funghetto, S. S., Rehem, T. C. M. S. B., & Stival, M. M. (2019). Síndrome do idoso frágil em idosos com doenças crônicas na Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03449. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018002603449>
- Roberts, S. L., Johnson, L. H., & Keely, B. (1999). Fostering hope in the elderly congestive heart failure patient in critical care. *Geriatric Nursing*, 20(4), 195-199. <https://dx.doi.org/10.1053/gn.1999.v20.101103001>
- Rodríguez Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2014). Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos*, 25(4), 137-143. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400002>
- Rodrigues, L. R. et al. (2014). Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16 (2), 278-285. <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf>
- Sakano, L. M., & Yoshitome, A.Y. (2007). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 495-498. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400018>
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Canut, M. T. L., Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adultpsychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1114-1126. doi: 10.1111/jan.13520
- Santos, A. S. R., Souza, P. A., Valle, A. M. D., Cavalcanti, A. C. D., Sá, S. P. C., & Santana, R. F. (2008). Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(1), 141-149. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100016>
- Santos, W., Nakatani, A., Santana, R., & Bachion, M. (2009). Diagnósticos de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. *Cogitare Enfermagem*, 14(2). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i2.15622>
- Santos, W. N. (2014). Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos na implantação. *Journal of Management and Primary Health Care*, 5 (2), 153-158. <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/210/213>.
- Shawler, C. (2010). Assessing and Maintaining Mental Health in Elderly Individuals. *Nursing Clinics of North America*, 45(4), 635-650. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.010>
- Silva, T., Souza, P., & Santana, R. (2015). Adequacy of nursing language to the practice with elderly residents in a long term psychiatric institution: cross mapping. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3467-3478. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3467-3478>
- Sousa, G. S., Perrelli, J. G., & Botelho, E. S. (2018). Nursing diagnosis for Risk of Suicide in elderly: integrative review. *Revista gaucha de enfermagem*, 39. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>

- Sousa, J., Grden, C., Sloboda, D., Paula, A., Silva, J., & Sicorra, T. (2017). Clinical nursing care for elderly institutionalized diabetics. *Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963*, 11(4), 1609-1615. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15229p1609-1615-2017>
- Sousa, R. M. de, Santana, R. F., Santo, F. H.do E., Almeida, J. G. de, & Alves, L. de A. F. (2010). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. *Escola Anna Nery*, 14(4), 732-741. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400012>
- Souza, S., Mello, R., Morsch, P., Prates, C., & Pereira, G. (2014). Diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados e associação com o processo de incapacidade funcional. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 11(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v11i3.4061>
- Teixeira, M. B., & Fernandes, R. Á. Q. (2003). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(6), 619-623. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000600005>
- Waldow, V. R. (2014). Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17 (1), 13-25. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesrrollo/article/view/7888/11921>

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS DADOS

Dados de Identificação		
Título do artigo:		
Número do artigo:	Volume:	Ano:
Título:		
Autor:		
Periódico:		
Descritores/Palavras-chave:		
Objetivos/Questão de investigação		
Método		
Tipo de estudo:		
População/amostra:		
Campo/contexto:		
Técnica de coleta de dados:		
Avaliação dos dados:		
Análise e interpretação dos dados:		
Resultados		
Diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística		
Dimensões emocionais:		
Dimensões sociais:		
Dimensões espirituais:		
Perfil epidemiológico:		
Morbidades:		
Considerações Finais/Conclusões		
Recomendações		

APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO DOS RESULTADOS

Nº do artigo			
Título do artigo			
Autores			
Periódico			
Ano de publicação			
Objetivos			
Método Tipo de estudo População/amostra Campo/contexto Técnica de coleta de dados			
Resultados Diagnósticos de enfermagem em idosos na perspectiva holística - Dimensões emocionais - Dimensões sociais - Dimensões espirituais			
Considerações finais/Conclusões			
Recomendações			