

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**THAÍLA TANCCINI**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
*INSUFICIÊNCIA NA CAPACIDADE DO ADULTO PARA MELHORAR NO*  
**CONTEXTO DO IDOSO****

**Porto Alegre**

**2011**

**THAÍLA TANCCINI**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM  
*INSUFICIÊNCIA NA CAPACIDADE DO ADULTO PARA MELHORAR NO*  
CONTEXTO DO IDOSO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.  
Orientador: Prof<sup>ª</sup> Maria da Graça Oliveira Crossetti.

**Porto Alegre**

**2011**

## RESUMO

Trata-se de um Revisão Sistemática da literatura, de caráter descritivo e exploratório e sem metanálise com base no referencial de Pereira e Bachion (2006). Tem como objetivo geral: Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso. E como objetivos específicos: a) Identificar e definir as características definidoras (sinais e sintomas) do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso. b) Relacionar as CD do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso com os sinais, sintomas e fatores determinantes da Síndrome da Fragilidade no idoso (SFI). Levou-se em consideração os aspectos éticos, submetendo-se ao parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases eletrônicas Cochrane Collaboration, Web of Science, CINAHL, Scopus e PubMed, onde encontrou-se um total de 621 artigos, após serem avaliados pelos testes preliminar, de relevância I, de Relevância II e de Relevância III, restaram 40 artigos como amostra. Dos 40 artigos analisados foram evidenciadas 13 características definidoras, a mais prevalente foi *estado de humor alterado* evidenciada em 19 (47,5%) artigos, posteriormente foi *declínio físico* presente em 16 (40%) estudos, *declínio cognitivo* encontrou-se em 14(35%), *participação social diminuída e ou prejudicada* 10(25%), *ingesta nutricional inadequada* 9(22,5%), *exacerbações frequentes de problemas de saúde crônicos* 7(17,5%), *apatia* 6(15%), *déficit no auto-cuidado* 6(15%), *baixo nível de escolaridade* 4(10%), e as seguintes estiveram presentes em 1(2,5%) artigo cada, *anorexia*, *negligência nas atividades financeiras*, *negligência no ambiente doméstico e participação diminuída nas atividades de vida diária*. Evidenciou-se que essas características estão presentes na população idosa e com SFI, pois são semelhantes aos sinais, sintomas e fatores que a caracterizam. Sugere-se a realização de pesquisas sobre tecnologias do cuidado em enfermagem que envolvam o envelhecimento e a população idosa, com o desenvolvimento de estudo de validação clínica destas características definidoras para evidenciá-las em pacientes idosos.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Idoso, Idoso Fragilizado, Revisão Sistemática.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Tabela 1 – Cruzamento de Descritores</b>	<b>18</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição dos artigos científicos de acordo com os países de origem</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 1 - Distribuição dos artigos analisados por ano de publicação</b>	<b>23</b>
<b>Gráfico 2 - Frequência das características definidoras</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 1 - Relação entre Características Definidoras do DE <i>Insuficiência na Capacidade do adulto para melhorar</i> com os Fatores da Síndrome da Fragilidade</b>	<b>07</b>
<b>Quadro 2 - Distribuição dos artigos analisados por Periódico científico</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 3 - Amostra, tipo de estudo e nível de evidência</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 4 - Evidências dos artigos analisados e Características definidoras do <i>ICAM</i> elaboradas a partir das evidências</b>	<b>29</b>
<b>Figura 1 - Seleção e avaliação dos estudos</b>	<b>22</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Procedimentos metodológicos .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.1 Primeira fase: Definição da pergunta .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.2 Segunda fase: Escolha das Bases de Dados .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.3 Terceira-fase: Seleção dos estudos .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.4 Quarta fase: Avaliação dos estudos .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.5 Quinta fase: Coleta de dados .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.6 Sexta fase: Discussão dos resultados .....</b>	<b>20</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>21</b>
<b>6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>7 CONCLUSÃO . .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A – Teste De Relevância Preliminar.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B – Teste De Relevância I.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE C – Teste De Relevância II.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE D – Teste De Relevância III.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE E - Instrumento De Coleta De Dados.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO - Carta de Aprovação da COMPESQ-EEUFRGS .....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um país de população envelhecida, uma vez que, os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), retratam que o número de idosos, acima de 60 anos, na população brasileira é de 10,8% e no Estado do Rio Grande do Sul é de 13,6% (IBGE, 2010).

Os idosos da Região Sul, de acordo com o censo de 2010, apresentam como causa prevalente de morte as enfermidades circulatórias com 38,4%, em seguida as neoplasias e as doenças respiratórias com respectivamente 19,8% e 14,2%. A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos da Região Sul é a insuficiência cardíaca que está presente em 12,1% de mulheres e 14,7% de homens; pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as seis causas de internação mais importantes, tanto para homens quanto para mulheres e diabetes e hipertensão estão entre as seis principais causas somente entre as mulheres, enquanto hérnia inguinal, somente entre os homens (IBGE, 2010).

A mudança no perfil demográfico tem sido intensivamente investigada e retratada nas pesquisas realizadas pelo IBGE, bem como amplamente discutida em seminários e congressos de especialistas em estudos de população, ou seja, a discussão da nova realidade demográfica brasileira é cada vez mais urgente, no sentido destas questões serem levadas em consideração no planejamento e reformulação das políticas social, econômica e de saúde (IBGE, 2010).

Considerando as estatísticas evidenciadas na realidade brasileira observamos que há necessidade de estudos sobre a população idosa em diferentes perspectivas, visando a identificação precoce de problemas de saúde próprios dessa faixa etária, e conseqüente intervenções preventivas e ou curativas tendo como meta o envelhecimento ativo.

Neste sentido, destacam-se as grandes síndromes geriátricas, tais como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, são consideradas, as principais responsáveis pela perda da autonomia e independência (MORAES, MARINO, SANTOS, 2010). Compondo o quadro das síndromes geriátricas, tem-se a Síndrome da fragilidade no Idoso (SFI) (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001).

Neste contexto, pressupõe-se o desenvolvimento de modelos de atenção que avaliem, diagnostiquem e intervenham com acurácia os problemas de saúde do idoso em direção ao

alcance de resultados positivos. Diante disso, se revela a metodologia da assistência de enfermagem (SAE), que recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272/2002 da Lei nº 7.498/86, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras, representa o método científico de organização e sistematização do cuidado, que visa identificar as necessidades de cuidados de enfermagem e ainda subsidiar as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, famílias e comunidade (TRUPPEL, 2009).

A SAE se concretiza na prática profissional por meio do processo diagnóstico que se caracteriza pela investigação acurada dos sinais e sintomas dos indivíduos culminando com tomada de decisão clínica, essencial na elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) e conseqüentes mudanças das respostas humanas do indivíduo, família e ou comunidade (CROSSETTI, 2008).

Frente a este cenário, destaca-se a importância da metodologia da SAE com foco no desenvolvimento dos DE que contemplem as especificidades do idoso, pois observa-se que ainda há necessidade de realização de estudos sobre esta temática, principalmente quando se pensa a atenção de enfermagem específica para a população idosa.

Acredita-se que os sinais e fatores biológicos, emocionais, sociais e cognitivos da SFI (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001), apresentam semelhanças com os domínios e as classes que estruturam o DE da NANDA-I, “*Insuficiência na Capacidade do Adulto para Melhorar*” (ICAM) que possui como definição: “Deterioração funcional progressiva de natureza física e cognitiva. A capacidade do indivíduo de viver com doenças multissistêmicas, enfrentar os problemas decorrentes e controlar o seu cuidado está notavelmente diminuída” (NANDA-I, 2010).

Esta constatação, a priori, pode-se observar no Quadro 1, em que se apresentam as características definidoras (CD) desse diagnóstico com suas definições elaboradas a partir de dicionários de língua portuguesa (FERREIRA, 2010) e os sinais e sintomas e ou fatores que caracterizam a fragilidade segundo a literatura.

<b>Características Definidoras do DE Insuficiência na Capacidade do adulto para melhorar (ICAM)</b>	<b>Sinais e sintomas e fatores contribuintes da SFI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anorexia:</b> inapetência, perda de apetite</li> <li>- <b>Consumo de mínima a nenhuma comida na maioria das refeições (consome menos de 75% das necessidades normais em cada uma, ou na maioria das refeições</b></li> <li>- <b>Perda de peso não intencional de 5% em um mês e de 10% em seis meses.</b></li> <li>- <b>Ingesta nutricional inadequada:</b> alimentação ou deglutição insuficiente</li> <li>- <b>Apatia:</b> estado caracterizado pelo desinteresse geral, pela indiferença ou insensibilidade aos acontecimentos; falta de interesse ou de desejos.</li> <li>- <b>Declínio físico:</b> diminuição ou deterioração da funcionalidade do corpo</li> <li>- <b>Declínio cognitivo:</b> diminuição ou deterioração da cognição, capacidade de conhecimento</li> <li>- <b>Déficit do auto cuidado:</b> falta ou diminuição de auto-cuidado</li> <li>- <b>Estado de humor alterado:</b> grau de disposição para bem-estar emocional, psicológico perturbado.</li> <li>- <b>Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos:</b> agravamento constante de problemas de saúde crônico.</li> <li>- <b>Negligência no ambiente doméstico:</b> falta de cuidado ou desatenção no ambiente doméstico</li> <li>- <b>Participação diminuída nas atividades da vida diária:</b> redução na execução das atividades de vida diária</li> <li>- <b>Negligência nas responsabilidades financeiras:</b> falta de cuidado ou desatenção nas atividades financeiras</li> <li>- <b>Habilidades sociais diminuídas:</b> capacidades sociais diminuídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de peso não intencional, fraqueza, diminuição da energia e da resistência, lentidão, e baixo nível de atividade física. Vulnerabilidade dos idosos a fatores intrínsecos e extrínsecos; dificuldade de manutenção da homeostase (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001)</li> <li>- Fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, com potencial para prevenção, identificação e tratamento (BERGMAN et al, 2007; BERGMAN et al, 2004).</li> <li>- Entende-se a fragilidade no idoso como uma síndrome dinâmica que gera prejuízo nos domínios do organismo humano, físico, psicológico e social, sendo desencadeada por uma diversidade de determinantes, aumentando o risco de quedas, hospitalizações e mortalidade (GOBBENS et al., 2010).</li> </ul>

Quadro 1- Relação entre Características Definidoras do DE *Insuficiência na Capacidade do adulto para melhorar* com os Fatores da Síndrome da Fragilidade, 2011.

Fonte: TANCCINI, T. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso, 2011.

No Quadro 1, observa-se que as CD do DE *ICAM* (NANDA-I, 2010) e os fatores da SFI evidenciados nos estudos de Fried, Tangen, Walston(2001), Bergman, et al (2007), Bergman, (2004) e Gobbens, et al (2010) apresentam semelhança. Entretanto na literatura brasileira, encontrou-se apenas o estudo de Freitas, Pereira e Guedes (2010) que citam a presença deste diagnóstico em idosos.

Pode-se estabelecer uma relação com as CD do DE *ICAM* e os domínios que a *Edmonton frail Scale* – EFS, sendo esta um instrumento que tem como objetivo a detecção clínica da SFI. Esta escala avalia nove domínios referentes à cognição, estado de saúde geral, independência funcional, suporte social, medicamentos, nutrição, continência urinária e desempenho funcional (ROLFSON, *et al.* 2006).

Portanto, justificou-se a importância de realização deste estudo devido ao aumento da população de idosos no contexto brasileiro (IBGE, 2010) dado que configura importante determinante da prevalência e ou incidência da manifestação de fragilidade nesta população. Evidencia-se também na prática assistencial que os profissionais de enfermagem carecem de conhecimentos específicos desta população. A elaboração do processo de enfermagem, geralmente tem como referência a população “adulta” o que pode estar conduzindo o enfermeiro a avaliar o indivíduo idoso sem considerar o que é próprio desta faixa etária. As instituições de saúde geralmente têm a estrutura organizacional e filosofia de assistência desfocada, o que pode causar a agudização de problemas clínicos do idoso com desfechos que podem levar o óbito.

A relevância do estudo residiu no fato de que irá contribuir com o processo de enfermagem direcionado para a população idosa, pois subsidiará instrumentos para a avaliação de enfermagem do idoso como um indivíduo que tem necessidades específicas considerando o processo de envelhecimento. Neste sentido acredita-se que o enfermeiro ao aplicar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I(2010) no contexto do cuidado ao idoso com presença ou risco para fragilidade, no uso de suas habilidades mentais e hábitos da mente, características do pensamento crítico, orientará sua tomada de decisão clínica pautada nos aspectos multidimensionais desta síndrome.

Assim sendo, acredita-se na necessidade de elaborar DE específicos para a população idosa, portanto, devido ao fato das características definidoras do DE *ICAM* serem semelhantes aos sinais e sintomas e fatores que caracterizam a SFI. Decidiu-se fazer este estudo, decisão esta visando dar seguimento e subsidiar o desenvolvimento de outras

pesquisas do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem (NECE – UFRGS) este estudo tem como finalidade realizar a Validação de conteúdo do DE *ICAM* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Validar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso.

### **2.2 Objetivos Específicos**

a) Identificar e definir as características definidoras (sinais e sintomas) do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso.

b) Relacionar as CD do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso com os sinais, sintomas e fatores determinantes da SFI.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos sobre fragilidade atualmente tem sido desenvolvidos por dois grupos de pesquisas: nos Estados Unidos da América - EUA (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001) e no Canadá pelo grupo Canadian Initiative on Frailty and Aging (CIF-A), que atua com a colaboração de países da Europa, Israel e Japão (BERGMAN et al, 2004). Os resultados de suas pesquisas estão orientando e embasando a maioria dos estudos desenvolvidos em outros países.

O termo síndrome da fragilidade é aplicado para designar, entre a população de idosos, aqueles que apresentam características clínicas atribuídas ao envelhecimento, associadas à existência de comorbidades. A SFI é uma síndrome clínica, em que os indivíduos frágeis também podem apresentar, alterações hormonais e alterações imunológicas com tendência a um estado inflamatório crônico. Estes fatores, quando associados a fatores extrínsecos, tais como a incidência de doenças agudas ou crônicas, a imobilidade, a redução da ingesta alimentar e outros, levariam a um aumento de dependência. Todos esses fatores levam a um maior risco de eventos adversos como quedas, incontinência urinária dentre outros conduzindo o idoso a hospitalização e morte precoce (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001).

Estes autores definem a fragilidade como uma síndrome pois sua manifestação ou determinação se caracteriza quando há a associação de sinais e sintomas que resultam em sua condição clínica, ou seja na síndrome da fragilidade, ao que denominaram de fenótipos. Assim para Fried, Tangen, Walston (2001) a fragilidade se define com a presença de cinco fenótipos, quais sejam: perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha. Desta maneira o indivíduo que apresentar três ou mais componentes do fenótipo enquadra-se na condição de idoso frágil e aqueles com um ou dois componentes seriam indicativos de alto risco para o desenvolvimento da síndrome (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001).

A fraqueza, sensação de cansaço, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física e anormalidades na marcha e no equilíbrio estão entre os fatores que caracterizam a SFI. A ocorrência de fragilidade nos idosos pode estar relacionada com a sarcopenia, desnutrição, diminuição da taxa do metabolismo basal e diminuição do gasto de energia total. Do mesmo

modo, pode estar associado ao envelhecimento, a alterações neuroendócrinas e imunes, sugerindo a existência de um ciclo de fragilidade, que leva ao desenvolvimento de sintomas característicos como a fraqueza, a sensação de cansaço, anorexia, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física e anormalidades na marcha e no equilíbrio (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001; FRIED; WALSTON, 2003; TRUPPEL, 2009).

Também pode-se entender a Fragilidade no idoso como uma síndrome dinâmica que gera prejuízo nos domínios do organismo humano, físico, psicológico e social, sendo desencadeada por uma diversidade de determinantes, aumentando o risco de quedas, hospitalizações e mortalidade (GOBBENS et al., 2010). Seu desenvolvimento é compreendido como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo da vida, e com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas (BERGMAN et al, 2007).

Com o objetivo de buscar evidências para validar estes fenótipos foi realizado um estudo com 5.317 idosos no Cardiovascular Health Study-USA em que foi constatado que a fragilidade é prevalente em 6,9% de uma população de idosos na comunidade (FRIED; TANGEN; WALSTON, 2001). A estimativa nos EUA é de que entre 10% e 25% dos idosos com 65 anos ou mais sejam frágeis, e a sua prevalência aumenta com a idade chegando a 40% nos idosos com mais de 80 anos, sendo que há uma tendência a elevação destes índices com o aumento da idade (FRIED; WALSTON, 2003).

No Canadá, existe outro grupo que vem estudando a síndrome da fragilidade, sendo este, originário da Divisão de Medicina Geriátrica da Universidade de Alberta (CIF-A), na cidade de Edmonton. Este grupo validou recentemente a *Edmonton frail Scale* – EFS com a proposta de criar um instrumento para detecção clínica da SFI. A escala avalia nove domínios representados por onze itens. Possui uma pontuação que vai de zero a 17 pontos, avaliando aspectos referentes à cognição, estado de saúde geral, independência funcional, suporte social, medicamentos, nutrição, continência urinária e desempenho funcional (ROLFSON, et al. 2006). A pontuação para análise de Síndrome da fragilidade pode ficar entre 0 - 4, indicando que não há presença de SFI, de 5 – 6, aparentemente vulnerável para fragilidade, 7 – 8, fragilidade leve, 9 – 10, fragilidade moderada e 11 ou mais, fragilidade severa. A EFS foi considerada confiável para ser aplicada por todos os profissionais da saúde (ROLFSON et al. 2006).

Além da CIF-A e do grupo da Universidade de Alberta existe outro grupo que estuda a SFI nos EUA Universidade de Johns Hopkins, o qual propôs uma definição própria, utilizando-se de critérios objetivos e mensuráveis para a fragilidade em idosos definindo-a como uma síndrome clínica caracterizada por perda de peso não intencional, fraqueza, diminuição da energia e da resistência, lentidão, e baixo nível de atividade física, formando um fenótipo da fragilidade. A presença deste fenótipo resulta na vulnerabilidade dos idosos a fatores intrínsecos e extrínsecos devido a dificuldade de manutenção da homeostase, ou seja, a incapacidade de manter o organismo em perfeito funcionamento (FRIED; WALSTON, 2003).

O reconhecimento das definições de Síndrome da fragilidade é extremamente útil para promover a saúde do paciente, atuando também na prevenção, tratamento, reabilitação e intervenções com cuidados mais focados. Autores ressaltam enfaticamente que ainda há a necessidade de pesquisas que abranjam o conhecimento entre as áreas da clínica e pesquisa em saúde, propondo assim um quadro mais abrangente sobre o assunto (KARUNANANTHAN et al, 2009).

A tradução e adaptação transcultural da Edmont Frail Scale (EFS) para o português do Brasil, foi um marco para o estudo da fragilidade no idoso brasileiro. A EFS tem contribuído com o desenvolvimento de estudos que possibilitem explorar os fatores de risco ou a fragilidade instalada, mediante a análise de diferentes domínios que a estruturam os perfis sócio demográficos, morbidade e comorbidades e condições de saúde dos idosos (FABRÍCIO-WEHBE, 2008).

Nos estudos de Erichsen e Waldman (2011) e Souto e Crossetti (2011), desenvolvidos para verificar a ocorrência da SFI em idosos internados em unidades cirúrgicas e clínicas, respectivamente, obtiveram resultados semelhantes em ambas amostras. Concluíram que a ocorrência de fragilidade, mensurada por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton, foi identificada em 26,2% (38) e 62,4% (58) dos idosos, respectivamente.

Nestes estudos identificaram fatores de risco para a fragilidade tais como: variáveis sócio demográficas como sexo feminino, morar sozinho, baixa renda, idade entre 60 e 69 anos, as co-morbidades e morbidades preexistentes relacionadas as doenças circulatórias, respiratórias, urinárias, digestivas, endócrinas, nutricionais e metabólicas, depressão, neoplasias, doenças do sistema osteomusculares e tecido conjuntivo. Dados que se assemelham aos resultados de outros estudos sobre fragilidade (AHMED; MANDEL; FAIN,

2007, JOHANSEN et al, 2007; GOBBENS et al, 2010, SANTOS, 2008, FABRÍCIO-WEHBE et al, 2008, BANDEIRA, 2010).

Neste contexto, pressupõe-se, na enfermagem, a ampliação de modelos de atenção que avaliem, diagnostiquem e intervenham com fidedignidade os problemas de saúde do idoso com SF. Diante disso, a SAE se concretiza na prática profissional por meio do processo diagnóstico essencial na elaboração dos DE e conseqüentes mudanças das respostas humanas do indivíduo, família e ou comunidade (CROSSETTI, 2008).

Em relação a implementação do processo de enfermagem, utiliza-se no contexto brasileiro a taxonomia da NANDA-I de 2010 que define o DE como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade acerca dos problemas de saúde\processos vitais reais ou potenciais” (NANDA-I, p.436, 2010). Essa taxonomia é composta de 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos multiaxiais (NANDA-I, 2010).

Em relação aos DE no contexto do idoso, existem estudos em diferentes níveis de atenção que apresentam a prevalência dos DE nesta população, sendo eles: Risco para Infecção, Mobilidade física prejudicada, Nutrição alterada (ALMEIDA et al, 2008; SAKANO; YOSHITOME, 2007).

Na pesquisa de Erichsen e Waldman (2011) e Souto e Crossetti (2011), os DE foram relacionados com a SFI e por ordem de frequência foram: Mobilidade Física Prejudicada, Ansiedade, Nutrição Desequilibrada: Menos que as Necessidades Corporais, Deglutição Prejudicada, Intolerância a Atividade, Risco de Queda, Fadiga e Medo. Esses diagnósticos estão de acordo com os determinantes da fragilidade encontrados na literatura, quais sejam: a perda de peso não intencional, a redução de força de preensão palmar, a baixa resistência e energia/exaustão ou fadiga, a lentidão na marcha, o baixo nível de atividade física, a cognição, os sintomas depressivos, a ansiedade, as relações sociais, o suporte social e o fato de morar sozinho.

No estudo de Santos, et al. (2008) os diagnósticos de enfermagem prevalentes em idosos foram risco de integridade da pele prejudicada, afetando 106 (54,8%) idosos, seguido de memória prejudicada, 91(46,4%), dentição prejudicada 81 (41,3%), e risco de quedas, encontrado em 70 (35,7%). Para os autores Lopes, et al. (2007) os diagnósticos identificados nos idosos investigados referem-se à problemática de idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPs), pontuada por: presença de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) ou por limitações que estas doenças causam; necessidade de maior

acompanhamento quanto a alimentação adequada, ingesta hídrica necessária, mobilização eficaz, entre outras; saudades dos familiares e parentes.

No estudo de Souza (2010) os DE mais freqüentes em idosos residentes de uma ILP foram Disposição para bem-estar espiritual aumentado, processo de pensamento perturbado, Risco de solidão, Sentimento de impotência e Desesperança.

A necessidade do desenvolvimento de estudos de validação dos elementos da prática de enfermagem, é uma realidade, na medida em que se atesta na literatura a crescente utilização dos sistemas de classificação na aplicação do processo de enfermagem de forma a favorecer a comunicação e o registro das diferentes situações clínicas (CROSSETTI, et al, 2011).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo teve seu percurso metodológico delineado por uma Revisão Sistemática da literatura, de caráter descritivo e exploratório e sem metanálise com base no referencial proposto por Pereira e Bachion (2006). A revisão sistemática constitui uma revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões. Com isso, pressupõe que diferentes pesquisadores, ao seguirem os mesmo passos descritos, cheguem às mesmas conclusões, sendo, portanto, uma forma de se apropriar das melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidência (PEREIRA, BACHION, 2006).

Nesse contexto, acredita-se que estudos de Revisão Sistemática possam alcançar a primeira etapa do processo de validação de conteúdo, pois a revisão sistemática da literatura é fundamental para a prática baseada em evidência, uma vez que sintetiza uma grande quantidade de informações em um único estudo, refinando os estudos e separando os de menor rigor acadêmico dos fortemente confiáveis (PEREIRA; BACHION, 2006).

Neste estudo utilizou-se a metodologia de revisão sistemática, cujos procedimentos metodológicos se desenvolveram em seis etapas, conforme referencial adotado:

1ª) definição da pergunta: a revisão sistemática inicia-se com a definição apropriada da questão terapêutica, o problema. Nessa fase, devem ser considerados os aspectos diretamente relacionados com os objetivos da revisão, tipo a definição dos participantes e os resultados a serem mensurados, que se referem à temática em estudo.

2ª) escolha dos bancos de dados: uma vez definido claramente o problema, deve-se eleger as bases de dados. A utilização de uma estratégia ampla de busca dos estudos consiste na procura em bases eletrônicas de dados, na busca manual de periódicos e nas referências dos estudos identificados. Recomenda-se que sejam utilizadas pelo menos duas bases de dados amplas e específicas para o tema em questão.

3ª) seleção dos estudos: Os artigos científicos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, os quais compõem um teste de relevância inicial, composto por perguntas claras que geram resposta afirmativa ou negativa. Os critérios de inclusão dos artigos devem refletir as perguntas norteadoras e os objetivos do estudo. É importante ressaltar que, mesmo utilizando os descritores, é comum obter referências de estudos irrelevantes para a pesquisa. Neste sentido, os artigos selecionados deverão ser submetidos a testes de relevância pra refinar a seleção e definir a amostra, o que será adotado nesta investigação.

O Teste de Relevância Preliminar (APÊNDICE A) consistiu no refinamento inicial dos artigos que compreenderam a população do estudo. Pode ser realizado por apenas um avaliador, visto que esta primeira exclusão trata apenas de refinamento da amostra, sendo removidas somente aquelas referências que são óbvias de exclusão, ou seja, não tratam da problemática do estudo. Os artigos que não foram excluídos neste teste foram submetidos ao Teste de Relevância I (APÊNDICE B), que também foi realizado pela pesquisadora.

4ª ) avaliação dos estudos: Os artigos aprovados no Teste de Relevância I, foram acessados na íntegra e submetidos para um segundo teste de relevância, designado como Teste de Relevância II(APÊNDICE C). Uma vez incluídos no Teste de Relevância II, os artigos científicos passarão, a seguir, pelo Teste de Relevância III(APÊNDICE D), em que deverão ser analisados na íntegra pelos avaliadores, dois Enfermeiros que fazem parte do NECE e que trabalham com a temática *idosos e DE*.

5ª) coleta de dados: deu-se por meio de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE E), sendo que os dados deveriam estar relacionados com a pergunta norteadora que foi determinada no início da elaboração da revisão sistemática.

6ª) discussão dos resultados: por meio de gráficos, tabelas e quadros.

## **4.2 Procedimentos Metodológicos**

### **4.2.1 Primeira fase: definição da pergunta**

As perguntas que nortearam a revisão sistemática da literatura neste estudo foram: Quais são e como são definidas as CD do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso? Quais são as relações entre as

características definidoras do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso com os sinais, sintomas e fatores determinantes da fragilidade.

#### 4.2.2 Segunda fase: escolha das bases de dados

Foram utilizadas as bases eletrônicas *Cochrane Collaboration*, *Web of Science*, *CINAHL*, *Scopus e PubMed*. A escolha por estas bases de dados considerou o fato de que as mesmas englobam publicações nacionais e internacionais, em um amplo espectro, e um maior número de periódicos.

#### 4.2.3 Terceira-fase: Seleção dos estudos

Critérios de inclusão desta revisão sistemática:

1º) Descritores: idoso, idoso fragilizado, nutrição do idoso, anorexia, fenômenos fisiológicos da nutrição do idoso, apatia, participação social, isolamento social, comportamento social, negligência, afeto, depressão, segundo o DeCs (Descritores em Saúde da Bireme), sendo utilizados de acordo com a Tabela 1:

Cruzamento de descritores	
✓ Idoso AND nutrição do idoso	✓ Idoso fragilizado AND nutrição do idoso
✓ Idoso AND anorexia	✓ Idoso fragilizado AND anorexia
✓ Idoso AND fenômenos fisiológicos da nutrição do idoso	✓ Idoso fragilizado AND fenômenos fisiológicos da nutrição do idoso
✓ Idoso AND apatia	✓ Idoso fragilizado AND apatia
✓ Idoso AND participação social	✓ Idoso fragilizado AND participação social
✓ Idoso AND isolamento social	✓ Idoso fragilizado AND isolamento social
✓ Idoso AND comportamento social	✓ Idoso fragilizado AND comportamento social
✓ Idoso AND negligência	✓ Idoso fragilizado AND negligência
✓ Idoso AND depressão	✓ Idoso fragilizado AND depressão
✓ Idoso AND afeto	✓ Idoso fragilizado AND afeto

Tabela 1. Cruzamento dos descritores.

Fonte: TANCCINI, T. 2011. *Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem insuficiência na capacidade do adulto para melhorar no contexto do idoso.*

2º) Artigos primários: resultados de pesquisas quantitativas e qualitativas de diferentes abordagens.

3º) Artigos com publicação no período de 2005 a 2011, em idiomas inglês, português e espanhol.

4º) Acesso on line livre aos artigos em texto completo.

5º) Artigos que envolvessem a temática do estudo.

6º) Artigos que tivessem sido realizados com indivíduos idosos.

Nesta revisão sistemática o Teste de Relevância Preliminar (APÊNDICE A) e o Teste de Relevância I (APÊNDICE B) foram realizados pela pesquisadora. Estes testes consistem em perguntas que exigem uma resposta afirmativa ou negativa, e excluiriam do estudo todos os artigos que respondessem negativamente a qualquer pergunta, segundo o referencial metodológico deste estudo.

#### **4.2.4 Quarta fase: Avaliação dos estudos**

O Teste de Relevância II (APÊNDICE C) tem o objetivo de selecionar os artigos de acordo com a qualidade, a relevância e a adequação dos resultados em atenção às questões norteadoras do estudo proposto, também foi realizado pela pesquisadora.

Os estudos incluídos por meio do Teste de Relevância II seguiram para a avaliação do Teste de Relevância III (APÊNDICE D), Neste estudo, definiu-se que dois pesquisadores, enfermeiros, membros do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem (NECE-UFRGS) realizariam este teste de forma independente, como prevê a metodologia utilizada. O teste consiste em novas perguntas que orientaram a decisão quanto à inclusão ou não dos artigos.

#### **4.2.5 Quinta fase: Coleta de dados**

Os resultados foram registrados pela pesquisadora em um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE E), no qual foram incluídas informações detalhadas de cada artigo, tais como: autor, tipo de estudo, dados que caracterizam os sujeitos, metodologia e limitações metodológicas, evidência dos resultados, vantagens e desvantagens e recomendações.

#### **4.2.6 Sexta fase: Discussão dos resultados**

A discussão dos resultados foi realizada a partir das implicações das evidências apresentadas em relação às características definidoras do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso e sua relação com os sinais, sintomas e fatores determinantes da SFI. Não foram feitas recomendações pessoais. A classificação das evidências foi condicionada ao tipo de delineamento dos estudos dos quais são originados.

Nesta revisão sistemática, os níveis de evidências utilizados observaram as seguintes hierarquias:

Níveis de Evidências

1º Ensaio Clínico Randomizado

2º Coorte

3º Caso Controle

4º Estudos longitudinais descritivos

5º Estudos transversais descritivos

6º Estudos exploratórios

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta revisão sistemática levou em consideração os aspectos éticos, assegurando a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citação e referência dos autores as normas da ABNT. Assim como submeteu-se ao parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO). A metodologia utilizada neste estudo, não previa avaliação por um Comitê de ética (PEREIRA, BACHION, 2006; SAMPAIO; MANCINI, 2007; HOLOPAINEN; HAKULINEN-VIITANEN; TOSSAVAINEN, 2008; GALVÃO, 2002 GALVÃO, 2004).

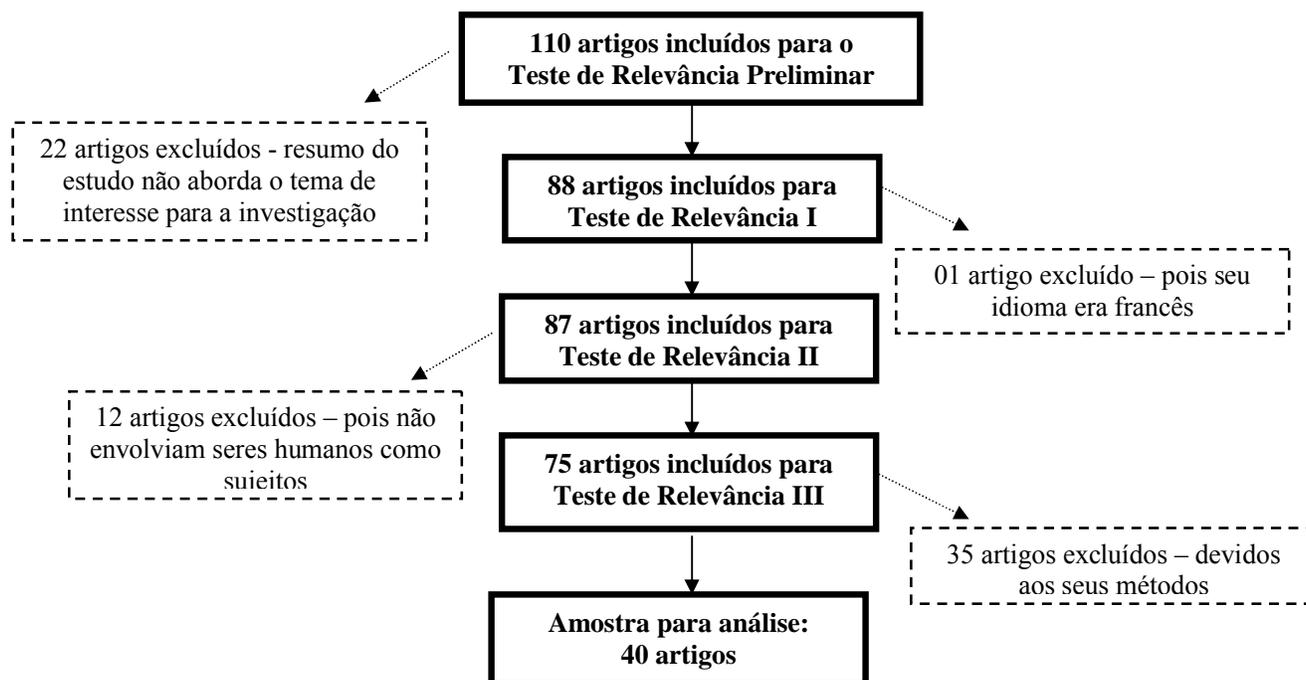
## 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta etapa se apresenta e se analisa os resultados desta revisão sistemática, com o objetivo de identificar e definir as características definidoras (sinais e sintomas) do DE *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso e relacioná-las com os sinais, sintomas e fatores determinantes da SFI.

Na busca dos artigos nas bases de dados escolhidas, encontrou-se um total de 621 artigos, dos quais 532 eram da base de dados *Web of Science*, 44 artigos eram da base de dados *Pubmed*, 18 artigos da base de dados *Scopus*, 16 da *Cochrane* e 11 base de dados *Cinahl*. Do total 51 artigos eram repetidos entre as bases de dados e 54 não eram disponíveis em texto completo online.

Após a primeira exclusão, por meio dos títulos dos artigos científicos, 110 artigos foram incluídos para a realização dos Testes de relevância conforme a Figura 1

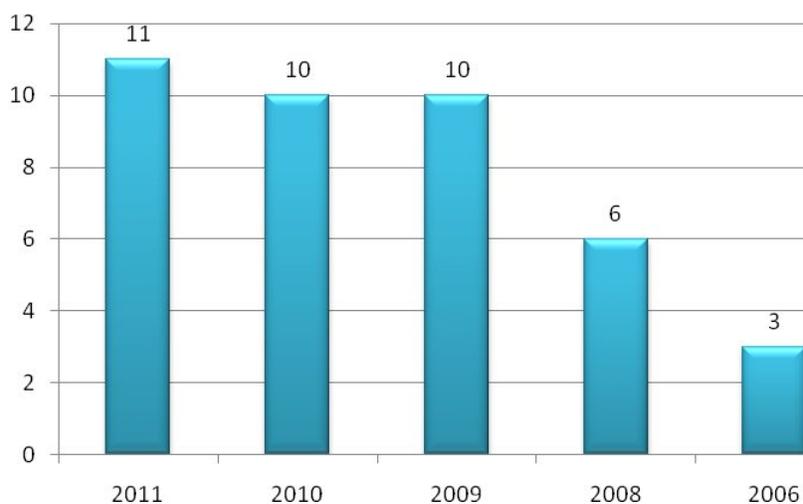
**Figura 1 – Seleção e avaliação dos estudos**



Fonte: TANCCINI, T.2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

No que se refere à caracterização dos 40 artigos da amostra, apresenta-se no Gráfico 1 a distribuição dos artigos científicos analisados pelo ano de publicação.

**Gráfico 1- Distribuição dos artigos analisados por ano de publicação**



Fonte: TANCCINI, T.2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

Conforme evidenciado no Gráfico 1, o número de publicações de artigos científicos que tratam sobre a temática idoso, envelhecimento e suas características vem aumentando nos últimos anos. Acredita-se que o número de publicações científicas que possuem como temática o idoso e suas especificidades, tenha aumentado nos últimos anos, tanto devido ao crescimento significativo da população idosa quanto a existência da necessidade de ações preventivas para essa população (PUTS *et al*, 2009).

Na Tabela 2, podemos observar a distribuição dos artigos da amostra de acordo com os países de origem.

**Tabela 2. Distribuição dos artigos científicos de acordo com os países de origem.**

<b>PAÍS</b>	<b>Nº de artigos em cada país - f(%)</b>
<b>Estado Unidos</b>	<b>9 (22,5)</b>
<b>Itália</b>	<b>5(12,5)</b>
<b>China</b>	<b>4(10)</b>
<b>Noruega, Reino Unido</b>	<b>3(7,5)</b>
<b>Japão, Suécia, Brasil</b>	<b>2(5)</b>
<b>Espanha, Austrália, Alemanha, Chile, Holanda, Nova Zelândia, Polônia, Portugal, Suíça, Tailândia</b>	<b>1(2,5)</b>

Fonte: TANCCINI, T. 2011. *Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem insuficiência na capacidade do adulto para melhorar no contexto do idoso.*

A Tabela 1 demonstra que dos 40 artigos da amostra, 22,5% tiveram como origem os Estados Unidos; 12,5% a Itália; 10% China; 7,5% Noruega; 7,5% Reino Unido; 5% o Brasil; 5% Japão e 5% a Suécia; e 2,5% para cada um dos seguintes países, Espanha, Austrália, Alemanha, Chile, Holanda, Nova Zelândia, Polônia, Portugal, Suíça, Tailândia.

De acordo com esses dados evidencia-se maior produção científica, sobre o tema em estudo, nos países desenvolvidos onde a população já experiencia a realidade do envelhecimento e necessita de produção de conhecimento sobre suas especificidades, como por exemplo em relação a prevalência de doenças crônicas e tecnologias da saúde para seu bem-estar. Existem autores (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008) que referem que o aumento do número de idosos está relacionado aos respectivos sistemas de saúde de seu país; podemos relacionar essa afirmação ao fato do Brasil, tendo o Sistema Único de Saúde, ser um dos únicos países em desenvolvimento com produção científica na temática de envelhecimento; e embora o processo de envelhecimento populacional tenha iniciado mais tarde, está ocorrendo em ritmo muito mais acelerado.

No Quadro 2, podemos observar a distribuição dos artigos da amostra de acordo com os periódicos científicos.

<b>PERIÓDICO</b>	<b>Nº DE ARTIGOS f(%)</b>
<b>Bmc Public Health</b>	<b>4 (10)</b>
<b>International Journal of Geriatric Psychiatry</b>	<b>3(7,5)</b>
<b>Journal of Geriatric Psychiatry And Neurology</b>	<b>3(7,5)</b>
<b>Archives of Gerontology And Geriatrics</b>	<b>2(5)</b>
<b>Ageing &amp; Society</b>	<b>2(5)</b>
<b>Journal of The American Geriatrics Society</b>	<b>2(5)</b>
<b>Age And Ageing</b>	<b>2(5)</b>
<b>Cadernos De Saúde Pública</b>	<b>2(5)</b>
<b>Journal of Clinical Nursing</b>	<b>2(5)</b>
<b>Journals of Gerontology</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Annals of Family Medicine</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Bmc Geriatrics</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>British Food Journal</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Clinical Nutrition</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Dementia And Geriatric Cognitive Disorders</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Health Psychology</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Journal of Alzheimers Disease</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Journal of Neurology</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Journal of The American Academy of Nurse Practitioners</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Journal of The American Medical Directors Association</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Journal of Women &amp; Aging</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Nursing &amp; Health Sciences</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Nutrition</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Plos One</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Quality of Life Research</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Research on Social Work Practice</b>	<b>1(2,5)</b>
<b>Revista Panamericana De Salud Publica</b>	<b>1(2,5)</b>

Quadro 2- Distribuição dos artigos analisados por Periódico científico.

Fonte: TANCCINI, T. 2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

O Quadro 2 apresenta 27 periódicos científicos, demonstrando que a temática do envelhecimento permeia diversas áreas específicas da saúde. Sendo que dos 40 artigos analisados, 4(10%) foram publicados no *BMC Public Health*, um periódico que trabalha com a área epidemiológica e em relação a compreensão de todos os aspectos da saúde pública, tendo como foco os determinantes sociais da saúde, ambiente, comportamento. Posteriormente com 3(7,5%) artigos cada analisados, estão os periódicos *International Journal of Geriatric Psychiatry* e o *Journal of Geriatric Psychiatry And Neurology*, que são dois periódicos que abordam em suas publicações temas relacionados a geriatria e suas questões psiquiátricas e neurológicas.

Com 2(5%) artigos respectivamente, estão o periódicos *Archives of Gerontology And Geriatrics*, *Ageing & Society*, *Journal of The American Geriatrics Society*, *Age And Ageing*, *Cadernos De Saúde Pública* e *Journal of Clinical Nursing*. Sendo que os quatro primeiros possuem como foco de publicação a geriatria, gerontologia e o envelhecimento; o quinto tem como foco saúde pública e o sexto a área temática é a enfermagem.

Os seguintes periódicos foram responsáveis, cada um, pela publicação de um artigo analisado por esta pesquisa, são eles: *Journals of Gerontology*, *Annals of Family Medicine*, *Bmc Geriatrics*, *British Food Journal*, *Clinical Nutrition*, *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, *Health Psychology*, *Journal of Alzheimers Disease*, *Journal of Neurology*, *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, *Journal of The American Medical Directors Association*, *Journal of Women & Aging*, *Nursing & Health Sciences*, *Nutrition*, *Plos One*, *Quality of Life Research*, *Research on Social Work Practice*, *Revista Panamericana De Salud Publica*. Observamos que são periódicos responsáveis pela publicação de artigos da área de saúde geral, como também temas mais específicos como a doença de Alzheimer e a Demência, e as áreas de Nutrição e Psicologia.

A seguir observamos o Quadro 3, onde apresentam-se os autores dos artigos que fizeram parte deste estudo, a amostra utilizada por cada um deles, o tipo de estudo de cada artigo e o nível de evidência baseado em sua metodologia.

<b>Artigos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Nível de evidência</b>
<b>KERSE, et al(2011)</b>	<b>193 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>HA, et al (2010)</b>	<b>164 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>Zak, Swine e Grodzicki (2009)</b>	<b>91 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>CASADO, et al (2009)</b>	<b>164 mulheres idosas</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>SMOLINER, et al(2008).</b>	<b>65 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>GELLIS, et al(2008)</b>	<b>618 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>MCAULEY, et al(2007)</b>	<b>174 idosos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>VEER-TAZELAAR, et al(2006)</b>	<b>Idosos acima de 75 anos</b>	<b>Ensaio clínico randomizado</b>	<b>1º</b>
<b>DONG, et al. (2011)</b>	<b>9.438 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>PALMERA, et al.(2011)</b>	<b>177 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>VARANESE, et al (2011)</b>	<b>48 idosos com Parkinson</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>LANDI, et al(2010)</b>	<b>364 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>Liu e Guo (2008)</b>	<b>624 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>Ford, Spallek e Dobson (2008)</b>	<b>12.422 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>SARKISIAN, et al(2008)</b>	<b>1.189 idosos</b>	<b>Coorte</b>	<b>2º</b>
<b>SPACCAVENTO, et al(2009)</b>	<b>49 idosos</b>	<b>Caso controle</b>	<b>3º</b>
<b>JAKOBSSON, et al(2011)</b>	<b>63 idosos</b>	<b>Longitudinal</b>	<b>4º</b>
<b>Mortby, Maercker e Forstmeier(2011)</b>	<b>137 idosos acima de 70 anos</b>	<b>Longitudinal</b>	<b>4º</b>
<b>LINDE, et al(2010)</b>	<b>1.781 idosos</b>	<b>Longitudinal</b>	<b>4º</b>
<b>CHILOVI, et al. (2009)</b>	<b>124 idosos com comprometimento cognitive leve</b>	<b>Longitudinal</b>	<b>4º</b>
<b>MEHTA, et al (2008)</b>	<b>159 idosos</b>	<b>Longitudinal</b>	<b>4º</b>
<b>Barros; et al. (2011)</b>	<b>1.518 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>GOLDBERG, et al. (2011)</b>	<b>1.004 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>WU, et al.(2011)</b>	<b>2.119 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>

<b>continuação</b>			
<b>GÓMEZ-ESTEBAN, et al(2011).</b>	<b>99 idosos com Parkinson</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>MORAIS, et al(2010)</b>	<b>644 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>OKURA, et al(2010)</b>	<b>856 idosos acima de 71 anos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>Bergland, Thorsen e Loland (2010)</b>	<b>3.069 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>KLYMKO, et al. (2010)</b>	<b>10 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>Hasson e Arnetz (2010)</b>	<b>541 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>Merino e Barriga (2009)</b>	<b>211 idosos com hipertensão</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>ROZZINI, et al (2009)</b>	<b>57 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>LIU, et al (2009).</b>	<b>2.162 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>BRAGA, et al (2009)</b>	<b>1.055 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>Bai, Chiou e Chang, (2009)</b>	<b>165 idosos com diabetes</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>THANAKWANG, (2009).</b>	<b>24.664 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>OGURU, et al(2009)</b>	<b>150 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>BRAAM, et al(2009).</b>	<b>16.313 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>ONISHI, et al(2006)</b>	<b>607 idosos</b>	<b>Transversal descritivo</b>	<b>5º</b>
<b>MATSUMOTO, (2009)</b>	<b>Mulheres idosas</b>	<b>Estudo de caso</b>	<b>6º</b>

Quadro 3: Amostra, tipo de estudo e nível de evidência.

Fonte: TANCCINI, T. 2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

Pode-se observar que dos 40 artigos que fizeram parte da amostra deste estudo, 8(20%) pesquisas tiveram como amostra até 100 participantes, 10(25%) pesquisas tiveram uma amostra entre 101 e 200 participantes, 8(20%) pesquisas possuíam como participantes entre 201 a 999, 12(30%) estudos haviam como participantes mais de 1000 idosos e apenas 2(5%) não especificaram o número da amostra.

Em relação ao tipo de estudo e nível de evidência, observa-se que dos 40 estudos da amostra desta revisão sistemática, 8(20%) artigos eram Ensaios Clínicos Randomizados, esse método é considerado de alta credibilidade devido a produção de evidências científicas, portanto esses artigos obtiveram o 1º nível de evidência.

Em seguida, no 2º nível de evidência, no qual os estudos de Coorte seriam classificados, encontraram-se 7(17,5%) artigos. Apenas 1(2,5%) artigo era um caso controle, portanto foi categorizado como 3º nível de relevância. No 4º nível de relevância, seriam selecionados os artigos com desenhos longitudinais, portanto 5(12,5%) estudos pertencentes a amostra dessa revisão sistemática entraram nessa categoria. O delineamento metodológico mais prevalente foi o transversal descritivo, com 18(45%) estudos, se enquadrando, portanto no 5º nível de relevância. No 6º nível de relevância, se categorizaram os estudos de caso, no qual só houve a ocorrência de 1(2,5%) artigo.

No Quadro 4 apresentam-se as evidências de cada artigo analisado e as características definidoras ou sinais e sintomas do Diagnóstico de Enfermagem *Insuficiência na capacidade do Adulto para melhorar* no contexto do idoso, elaboradas a partir das evidências dos estudos.

<b>Artigos</b>	<b>Evidências dos artigos analisados</b>	<b>CD do ICAM elaboradas a partir das evidências</b>
<b>HA, et al (2010)</b>	Estratégias nutricionais individuais podem proteger pacientes vítimas de AVC com risco de subnutrição e melhorar a qualidade de vida.	- Ingesta nutricional inadequada
<b>KERSE, et al(2011)</b>	Sintomas depressivos podem melhorar com o componente social. Participação social foi efetiva na melhora do humor e qualidade de vida.	- Estado de humor alterado; - Participação social diminuída e ou prejudicada
<b>CASADO, et al (2009)</b>	Exercícios em mulheres idosas em tratamento para fratura de quadril, ou declínio físico, fornecem oportunidade para o cuidado com a saúde promovendo a atividade física, qualidade de vida e auto-cuidado.	- Declínio físico; - Déficit do auto cuidado
<b>Zak, Swine e Grodzicki (2009)</b>	Um regime estruturado e com alta intensidade, orientado funcionalmente, combinado com suplementação nutricional oferecida em adequado volume, melhora todo o status funcional de um idoso com fragilidade, especialmente em termos de capacidade de caminhada individual e força muscular.	- Declínio físico; - Ingesta nutricional inadequada

continuação		
<b>SMOLINER, et al(2008).</b>	A fragilidade funcional nesta população idosa é mais influenciada pelas morbidades e imobilidades e não pela alimentação.	- Declínio físico
<b>GELLIS, et al(2008)</b>	Cuidados domiciliares reduzem sintomas depressivos crônicos e clinicamente significativos, aumentam a qualidade de vida, e diminuem os riscos dos pacientes idosos.	- Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos
<b>MCAULEY, et al(2007)</b>	Idosos com maiores níveis de atividade física, mais afeto positivo e foram mais propensos a continuarem ativos.	- Declínio físico; - Estado de humor alterado;
<b>VEER-TAZELAAR, et al(2006)</b>	A depressão e a ansiedade são caracterizados por alta prevalência de problemas crônicos, desfavorável qualidade do prognóstico, excesso substancial e custos sociais.	- Estado de humor alterado
<b>DONG, et al. (2011)</b>	A auto negligência (incapacidade do indivíduo de se prover alimentação adequada, água, vestuário, higiene pessoal, medicação) está associada a um significativo aumento do risco de mortalidade em idosos.	- Ingesta nutricional inadequada; - Déficit do auto cuidado; - Negligencia no ambiente doméstico; - Participação diminuída nas atividades da vida diária; - Negligencia nas responsabilidades financeiras
<b>PALMERA, et al.(2011)</b>	Evidenciou-se que idosos com estado de humor alterado, têm um alto risco de declínio cognitivo, síndromes neuropsiquiátricas e progressão do Alzheimer.	- Estado de humor alterado - Declínio cognitivo
<b>LANDI, et al(2010)</b>	O declínio físico e funcional com a presença de anorexia é prevalente em idosos que já sofrem com perda de peso. A anorexia está associada ao desenvolvimento de incapacidade funcional.	- Anorexia; - Ingesta nutricional inadequada; - Declínio físico;
<b>VARANESE, et al (2011)</b>	Evidencia-se a existência de um distinto subgrupo de pacientes com Parkinson não-dementes, com comprometimento cognitivo, que estão associados a níveis relevantes de apatia. A apatia está associada a déficits específicos de funções cognitivas.	- Apatia; - Declínio cognitivo;

<b>continuação</b>		
<b>Liu e Guo (2008)</b>	Os idosos que não moram com a família têm qualidade de vida mais baixa, baixa renda, pouco apoio social, maior prevalência de doenças crônicas, e mais sentimentos de depressão e solidão, em comparação com idosos que moram com a família.	- Participação social diminuída e ou prejudicada
<b>Ford, Spallek e Dobson (2008)</b>	Fatores estatisticamente importantes associados com o aumento de mortalidade no estudo foram: auto-relato de saúde prejudicada, saúde mental prejudicada, auto nível de comorbidades, ser tabagista, não realizar atividades físicas, nível de escolaridade baixo.	- Declínio físico; - Declínio cognitivo; - Déficit do auto cuidado; - Estado de humor alterado; - Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos. - baixo nível de escolaridade
<b>SARKISIAN, et al(2008)</b>	Comprometimento cognitivo, marcha lenta, perda de força, baixa atividade física, perda de peso, dimensionam a fragilidade.	- Declínio físico; - Declínio cognitivo; - Ingesta nutricional inadequada
<b>SPACCAVENTO, et al(2009)</b>	Situação nutricional é uma variável muito importante para ser considerada na avaliação multidimensional de pacientes com Alzheimer. Existe relação entre a admissão nutricional e os déficits funcionais, cognitivos, e neuropsiquiátricos.	- Ingesta nutricional inadequada; - Declínio físico; - Declínio cognitivo.
<b>Mortby, Maercker e Forstmeier (2011)</b>	Apatia e depressão estão mais presentes em pacientes com Alzheimer. A apatia aumenta o comprometimento cognitivo.	- Apatia; - Declínio cognitivo; - Estado de humor alterado;
<b>JAKOBSSON, et al(2011)</b>	Pessoas idosas que utilizam atendimento ambulatoriais em saúde, têm uma satisfação maior na vida e possuem um menor risco de depressão. Também possuem maior interação social.	- Participação social diminuída e ou prejudicada; - Estado de humor alterado; - Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos;
<b>LINDE, et al(2010)</b>	A prevalência de sintomas psicológicos e comportamentais aumentam de acordo com a piora da cognição. A presença de uma memória subjetiva reclama um comprometimento da habilidade funcional cognitiva. Depressão ansiedade e apatia foram mais comuns naqueles com história de doença vascular ou com comportamento agitado.	- Estado de humor alterado; - Declínio cognitivo. - Apatia

<b>continuação</b>		
<b>CHILOVI, et al. (2009)</b>	Apatia é um forte preditor da demência em pacientes com comprometimento cognitivo leve.	-Apatia; - Declínio cognitivo
<b>MEHTA, et al (2008)</b>	A idade influencia a associação da apatia, resiliência e incapacidade com a depressão.	- Estado de humor alterado; - Apatia;
<b>Barros; et al. (2011)</b>	A escolaridade está diretamente envolvida às desigualdades sociais em relação a saúde. Idosos com grau de escolaridade maior são significativamente mais ativos (fisicamente) nas horas de lazer.	- Baixo nível de escolaridade - Declínio físico
<b>GOLDBERG, et al. (2011)</b>	50% das pessoas com idade igual ou acima de 70 anos admitidas em um hospital geral possuem comprometimento cognitivo. Sintomas psicopatológicos são comuns, incluindo 8% tem ilusões, 6% alucinações, 21% apáticos, 9% agitação ou agressivos. O número de idosos com dependência física é alto também, principalmente de início recente antes da admissão hospitalar.	- Declínio físico - Declínio cognitivo - Déficit do auto cuidado - Estado de humor alterado
<b>WU, et al.(2011)</b>	O nível de educação, participação social baixas, acidente vascular cerebral, aumento de lipídios no sangue, atividades físicas e estilo de vida, consumo de cafeína e dieta alimentar foram associados ao comprometimento cognitivo.	- Déficit do auto cuidado; - Ingesta nutricional inadequada - Declínio físico; - Participação social diminuída e ou prejudicada
<b>GÓMEZ-ESTEBAN, et al(2011).</b>	Desordens neuropsiquiátricas, desordens do sono, e complicações motoras foram as variáveis com mais efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes.	- Declínio físico; - Declínio cognitivo; - Estado de humor alterado;
<b>OKURA, et al(2010)</b>	43% dos indivíduos com comprometimento cognitivo sem demência e 58% com comprometimento cognitivo com demência apresentaram no mínimo um sintoma neuropsiquiátrico. Depressão foi o sintoma individual mais comum nos indivíduos com comprometimento cognitivo leve, enquanto apatia e agitação foram mais comuns nos indivíduos com demência severa.	- declínio cognitivo - estado de humor alterado - apatia

<b>continuação</b>		
<b>MORAIS, et al(2010)</b>	Os idosos identificaram como fatores para a escolha do alimento: a piora da saúde e restrições psicológicas ao longo das mudanças sociais, como perda do parceiro e ou a solidão.	- Participação social diminuída e ou prejudicada - Ingesta nutricional inadequada
<b>Hasson e Arnetz (2010)</b>	Os idosos avaliaram suas oportunidades para atividades significativamente mais baixas no cuidado domiciliar, ao contrário do cuidado em lares de idosos, devido a interação social.	- Participação social diminuída e ou prejudicada
<b>KLYMKO, et al. (2010)</b>	Devido a complexidade das tarefas e as deficiências dos participantes na execução de suas atividades, os idosos com hipertensão e déficit cognitivo, contam com a família e profissionais da saúde para ajudá-los no manejo das atividades de auto-cuidado.	- Déficit do auto cuidado; - Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos; - Participação social diminuída e ou prejudicada
<b>Bergland, Thorsen e Loland (2010)</b>	Os idosos com costume de realizar caminhadas ao ar livre, tinham melhor saúde auto-relatada e melhor capacidade de enfrentamento. Uma diferença significativa de gênero foi encontrada, pois as mulheres tinham mais problemas com a caminhada, mais dor, depressão ansiedade.	- Declínio físico; - Estado de humor alterado;
<b>Merino e Barriga (2009)</b>	Os idosos necessitam da vinculação com o meio e autonomia, o que favorece a qualidade de vida e a capacidade para realizar atividades de vida diária.	- Participação social diminuída e ou prejudicada; - Participação diminuída nas atividades da vida diárias
<b>ROZZINI, et al (2009)</b>	Há estreita relação entre os sintomas de ansiedade e funções executoras nos pacientes com comprometimento cognitivo leve. Os sintomas de ansiedade são um marcador para o início do declínio cognitivo.	- Estado de humor alterado; - Declínio cognitivo
<b>LIU, et al (2009).</b>	Auto-relato de diabetes, doenças cardíacas foi prevalente na amostra urbana do que na rural, A melhor saúde na amostra rural pode ser explicada pela sub-diagnóstico (e acesso limitado a unidades de saúde), sub-notificação ou mortalidade seletiva.	- Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos

## continuação

<b>BRAGA, et al (2009)</b>	A demanda em relação aos serviços de saúde é maior entre os residentes nas áreas mais vulneráveis, devido as doenças crônicas. A atividade física insuficiente no lazer e consumo insatisfatório de frutas, legumes e hortaliças, apresentaram prevalências gradualmente mais altas nas áreas mais vulneráveis. A escolaridade também apresentou forte associação com a área de residência do idoso, com predomínio mais acentuado de pior nível de escolaridade nas áreas classificadas como de risco elevado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos;</li> <li>- Baixo nível de escolaridade</li> <li>- Declínio físico;</li> <li>- Ingesta nutricional inadequada</li> </ul>
<b>Bai, Chiou e Chang, (2009)</b>	A depressão foi negativamente relacionada com o comportamento de auto-cuidado. Apoio social e auto-cuidado foram positivamente associadas. Apoio social, nível de escolaridade e duração da doença foram preditores significativos para o comportamento de auto-cuidado .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de humor alterado;</li> <li>- Participação social diminuída e ou prejudicada</li> <li>- baixo nível de escolaridade</li> </ul>
<b>THANAKWANG, (2009).</b>	Idosos com alto nível de escolaridade referem boa saúde ao contrário de idosos com um menor nível de escolaridade e mais pobres. Doenças crônicas diminuem substancialmente a percepção de boa saúde de um idoso. Apoio social e psicológico é importante para a percepção de boa saúde entre os idosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixo nível de escolaridade</li> <li>-Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos;</li> <li>- Participação social diminuída e ou prejudicada</li> </ul>
<b>OGURU, et al(2009)</b>	A apatia é comum e deve ocorrer como um distúrbio comportamental independente em pacientes com doença de Parkinson. A apatia bem como a depressão são distúrbios comportamentais comuns nesses pacientes e estão associadas com o comprometimento da função cognitiva e sintomas severos motores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apatia;</li> <li>- Declínio físico;</li> <li>- Declínio cognitivo;</li> <li>- Estado de humor alterado;</li> </ul>
<b>BRAAM, et al(2009).</b>	Há risco duplo de depressão entre os idosos com Parkinson. Sintomas depressivos que ocorrem com pessoas com Parkinson geram problemas de concentração apetite e fadiga, perda de energia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de humor alterado</li> </ul>

continuação		
<b>ONISHI, et al(2006)</b>	Sintomas depressivos em idosos são comuns em lares de longa permanência. As análises fatoriais demonstraram associações claras de situações de declínio físico e cognitivo com o humor depressivo.	- Estado de humor alterado; - Declínio físico; - Declínio cognitivo
<b>MATSUMOTO, (2009)</b>	Revelações em relação às mudanças de vida como doença e morte, focando em eventos comuns que aconteceram em conexão com esses eventos mais importantes, ajudam a recuperação do idoso	- Estado de humor alterado;

Quadro 4- Evidências dos artigos analisados e Características definidoras do ICAM elaboradas a partir das evidências.

Fonte: TANCCINI, T. 2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

Tendo em vista os objetivos do estudo de validar o conteúdo das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem ICAM, a partir das evidências encontradas nos artigos da amostra, e relacioná-las com os sinais e sintomas e fatores que caracterizam a SFI, algumas características definidoras permaneceram inalterados, por outro lado outras não foram evidenciadas e outras sofreram alterações.

As características definidoras *anorexia, apatia, déficit do auto-cuidado, ingesta nutricional inadequada, declínio cognitivo, declínio físico, estado de humor alterado, exacerbações frequentes de problemas de saúde crônicos, negligência no ambiente doméstico, negligência nas responsabilidades financeiras e participação diminuída nas atividades de vida diárias* permaneceram inalteradas.

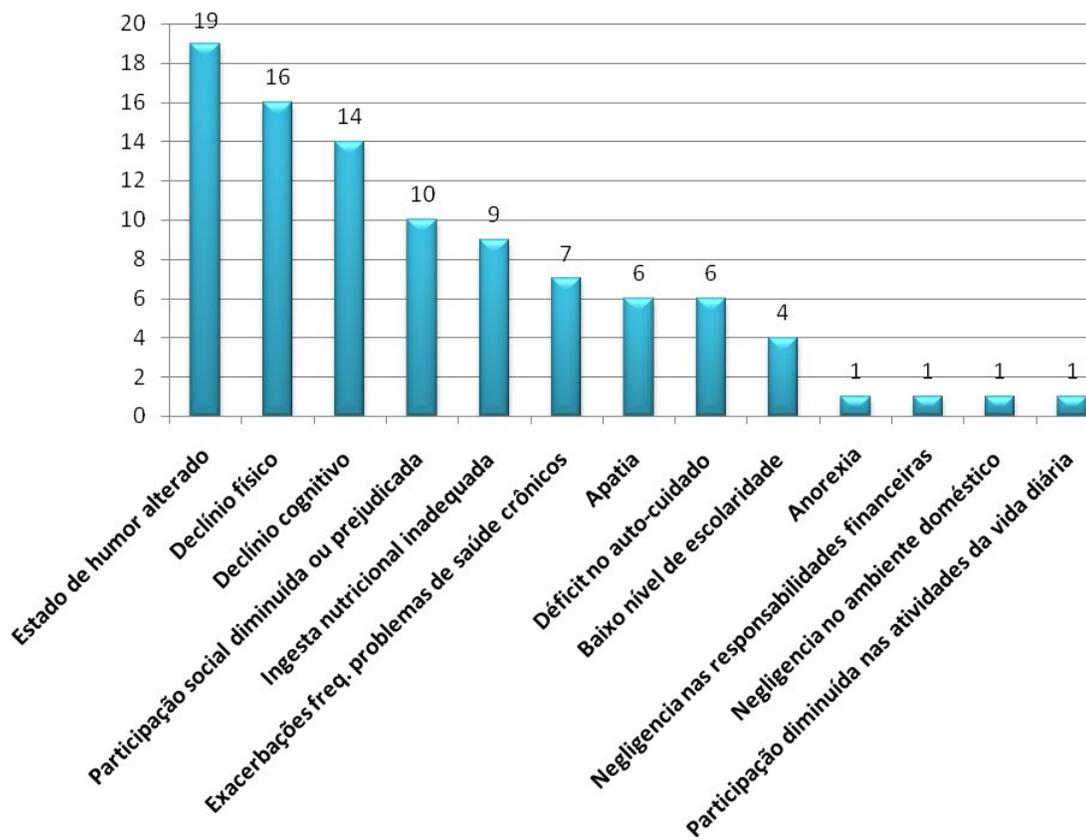
A característica definidora *habilidades sociais diminuídas* foi alterada para *participação social diminuída ou prejudicada*.

As características definidoras restantes, como *consumo de mínima a nenhuma comida na maioria das refeições (consome menos de 75% das necessidades normais em cada uma, ou na maioria das refeições e perda de peso não intencional de 5% em um mês e de 10% em seis meses)* não foram evidenciadas nesta amostra.

A característica definidora *baixo nível de escolaridade* foi adicionada ao diagnósticos de enfermagem ICAM.

A seguir apresenta-se o Gráfico 2, com a distribuição das características definidoras de acordo com suas freqüências nos estudos analisados.

Gráfico 2- Freqüência das características definidoras



Fonte: TANCCINI, T.2011. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem *insuficiência na capacidade do adulto para melhorar* no contexto do idoso.

Observa-se que dos 40 artigos analisados foram evidenciadas 13 características definidoras, a mais prevalente foi *estado de humor alterado* evidenciada em 19 (47,5%) artigos, posteriormente foi *declínio físico* presente em 16 (40%) estudos, *declínio cognitivo* encontrou-se em 14(35%), *participação social diminuída e ou prejudicada* 10(25%), *ingesta nutricional inadequada* 9(22,5%), *exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos* 7(17,5%), *apatia* 6(15%), *déficit no auto-cuidado* 6(15%), *baixo nível de escolaridade*

4(10%), e as seguintes estiveram presentes em 1(2,5%) artigo cada, *anorexia*, *negligência nas atividades financeiras*, *negligência no ambiente doméstico* e *participação diminuída nas atividades de vida diária*.

Em relação a CD *estado de humor alterado* evidenciada em 19(47,5%) artigos científicos, constatou-se que é um sinal ou sintoma que gera prejuízo na qualidade de vida e favorece um envelhecimento não ativo, dificultando momentos de enfrentamento na vida de um idoso (KERSE, et al,2011; MCAULEY, et al,2007; GÓMEZ-ESTEBAN, et AL,2011; BERGLAND, THORSEN e LOLAND 2010). O estado de humor alterado é caracterizado por maior prevalência de problemas de saúde crônicos, desfavorável qualidade do prognóstico, e custos sociais elevados (VEER-TAZELAAR, et AL,2006). De acordo com Palmera, et al (2011), evidencia-se que os idosos com estado de humor alterado, possuem alto risco de declínio cognitivo, síndromes neuropsiquiátricas e progressão do Alzheimer.

Dando seqüência a CD *estado de humor alterado*, Ford, Spallek e Dobson (2008) confirmam estatisticamente o aumento da mortalidade em idosos que possuíam essa característica. Problemas de humor também influenciam declínios físico e cognitivo, favorecendo comorbidades ou agravamento (MORTBY, MAERCKER E FORSTMEIER, 2011; JAKOBSSON, et al, 2011; GOLDBERG, et al, 2011; BRAAM, et al, 2009). Esta CD também dificulta o enfrentamento a mudanças em relação à vida como situações de doença e morte (MATSUMOTO, 2009).

A CD *declínio físico* evidenciada em 16(40%) artigos predispõe problemas funcionais de idosos com SFI, especialmente no que concerne a capacidade de caminhada individual e força muscular (ZAK, SWINE E GRODZICKI, 2009). O declínio físico está correlacionado com morbidades e influencia a fragilidade funcional causando também declínio cognitivo na população idosa e aumentando a mortalidade precoce (SMOLINER, et al 2008; LANDI, et AL 2010; FORD, SPALLEK E DOBSON, 2008; WU, et AL, 2011; BERGLAND, THORSEN e LOLAND 2010, BRAGA, et al,2009; ONISHI, et al, 2006). Esta característica definidora dificulta o envelhecimento ativo aumentando a propensão para hospitalizações (MCAULEY, et AL, 2007; GOLDBERG, et al, 2011). Complicações motoras uma das variáveis do declínio físico é uma das características que mais causam implicações negativas na qualidade de vida dos pacientes idosos do estudo de GÓMEZ-ESTEBAN, et al, 2011; OGURU, et al 2009.

A CD *declínio cognitivo* evidenciada em 14(35%) estudos mostra-se ser propensa a aumentar o risco de síndromes neuropsiquiátricas, progressão do Alzheimer e apatia, estando relacionada também ao aumento da mortalidade (PALMERA, et al 2011; VARANESE, et al 2011; FORD, SPALLEK e DOBSON, 2008; OKURA, et al 2010; ROZZINI, et al 2009). O comprometimento cognitivo, ou declínio cognitivo, é considerado uma das dimensões da SFI (SARKISIAN, et al 2008). O declínio cognitivo está intrinsecamente relacionado a morbidades como a doença de Alzheimer, Parkinson e Demência, e hospitalizações recorrentes (SPACCAVENTO, et al 2009; MORTBY, MAERCKER e FORSTMEIER 2011; CHILOVI, et al. 2009; GOLDBERG, et al. 2011). O declínio cognitivo aumenta a prevalência de sintomas psicológicos e comportamentais, e problemas relacionados a memória (LINDE, et al 2010; ONISHI, et al. 2006; OGURU, et al 2009).

A CD *participação social diminuída e ou prejudicada* substituiu a CD já existente *habilidades sociais diminuídas*, pois constatou-se nos estudos analisados (KERSE, et al 2011; LIU e GUO 2008; JAKOBSSON, et al 2011; WU, et al 2011; MORAIS, et al 2010; HASSON e ARNETZ 2010; KLYMKO, et al 2010; MERINO e BARRIGA 2009; BAI, CHIOU e CHANG, 2009; THANAKWANG, 2009) a maior frequência na utilização da palavra “Participação”, ao se tratar das relações sociais dos idosos e seus prejuízos e benefícios ao invés da palavra “Habilidade”.

Em relação a essa CD, que foi evidenciada em 10(25%) estudos, encontrou-se que a falta de participação social gera prejuízo no humor e diminui a qualidade de vida (KERSE, et al, 2011; MORAIS, et al, 2010; HASSON e ARNETZ 2010). Os idosos com participação social diminuída têm qualidade de vida mais baixa, baixa renda, pouco apoio social, maior prevalência de doenças crônicas, e mais sentimentos de depressão e solidão, em comparação com idosos com mais contatos ou redes sociais (LIU e GUO, 2008).

As pessoas idosas que possuem maior rede social, conseqüentemente possuem uma participação social maior, comprovou-se que possuem uma satisfação maior na vida, maior autonomia e menor risco de depressão (JAKOBSSON, et al 2011; MERINO E BARRIGA 2009). Uma participação social baixa junto com a presença de outros fatores pode agravar o comprometimento cognitivo (WU, et al. 2011). O idoso que não possui uma rede de apoio para a realização de complexas tarefas e execução de atividades, tem dificuldade no que concerne o auto-cuidado com seus problemas de saúde (KLYMKO, et al. 2010). Esta CD do mesmo modo esta intrinsecamente relacionada a prevenção de doenças e diminuição de riscos devido

ao aumento do auto-cuidado e auto-percepção de boa saúde (BAI, CHIOU E CHANG, 2009; THANAKWANG, 2009).

A CD *ingesta nutricional inadequada* foi encontrada em 9(22,5%) artigos. O idoso com ingesta nutricional inadequada reduz sua qualidade de vida, diminuindo sua funcionalidade e aumentando sua fragilidade, também causa prejuízo a capacidade de caminhada individual e a força muscular (HA, et al 2010; ZAK, SWINE e GRODZICKI 2009). Possuir como sinal e sintoma uma ingesta nutricional inadequada promove um declínio físico e funcional, podendo dimensionar uma fragilidade e aumentar o risco para mortalidade precoce (DONG, et al. 2011; LANDI, et al 2010; SARKISIAN, et al2008). Além disso os déficits funcionais, cognitivos, e neuropsiquiátricos aumentam com uma ingesta nutricional inadequada, favorecendo o aumento de comorbidades (SPACCAVENTO, et al 2009; WU, et al.2011; MORAIS, et al 2010; BRAGA, et al 2009);

Em relação a CD *exacerbações frequentes de problemas de saúde crônicos* na qual foi evidenciada em 7(17,5%) estudos, observa-se que é um sinal ou sintoma que reduz a qualidade de vida e aumenta os riscos para um idoso, pois restringe sua funcionalidade sua auto-percepção de saúde e aumenta a mortalidade precoce (GELLIS, et al2008; FORD, SPALLEK E DOBSON 2008; JAKOBSSON, et AL 2011; KLYMKO, et AL 2010; LIU, et al2009; BRAGA, et al 2009; THANAKWANG, 2009).

A CD *apatia* evidenciada em 6(15%) artigos, é um sinal ou sintoma que está associado a déficits específicos de funções cognitivas (VARANESE, et al 2011; MORTBY, MAERCKER E FORSTMEIER 2011) predispondo o comprometimento cognitivo leve e demência (LINDE, et al2010; CHILOVI, et al. 2009; OKURA, et al2010; OGURU, et al2009).

*Déficit no auto-cuidado*, evidenciado em 6(15%) artigos científicos é uma CD que favorece o comprometimento cognitivo Leve, reduz a iniciativa de auto-cuidado, aumenta a predisposição para comorbidades e conseqüentemente causa mortalidade precoce(CASADO, et al 2009; DONG, et al. 2011; Ford, Spallek e Dobson 2008; GOLDBERG, et al.2011; WU, et al.2011; KLYMKO, et al. 2010).

A CD *baixo nível de escolaridade* obteve 4(10%) ocorrências em artigos científicos, que demonstram que um baixo nível de escolaridade aumenta a vulnerabilidade do idoso, a prevalência de morbididades e conseqüente mortalidade precoce (FORD, SPALLEK e

DOBSON 2008; BARROS, et al. 2011; BAI, CHIOU e CHANG, 2009; THANAKWANG, 2009).

A CD *anorexia* evidenciada em 1(2,5%) artigo, é um sinal ou sintoma que provoca declínio físico e o o desenvolvimento de incapacidade funcional (LANDI, et al, 2010).

As seguintes CD *negligência nas atividades financeiras*, *negligência no ambiente doméstico e participação diminuída nas atividades de vida diária* foram evidenciadas em 1(2,5%)artigo com a justificativa de gerarem auto negligência e aumento de mortalidade (DONG, et al.2011).

Portanto, a seguir apresentam-se as CD evidenciadas nos artigos científicos da amostra e suas definições elaboradas por meio de Dicionário de Língua Portuguesa (FERREIRA, 2010) são:

- **Estado de humor alterado:** grau de disposição para bem-estar emocional, psicológico perturbado.
- **Declínio físico:** diminuição ou deterioração da funcionalidade do corpo.
- **Declínio cognitivo:** diminuição ou deterioração da cognição.
- **Participação social diminuída e ou prejudicada:** interação social reduzida.
- **Ingesta nutricional inadequada:** alimentação ou deglutição insuficiente.
- **Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos:** agravamento constante de problemas de saúde crônico.
- **Apatia:** Estado caracterizado pelo desinteresse geral, pela indiferença ou insensibilidade aos acontecimentos; falta de interesse ou de desejos.
- **Déficit no auto-cuidado:** falta ou diminuição de auto-cuidado.
- **Baixo nível de escolaridade:** grau de escolaridade insuficiente.
- **Anorexia:** inapetência, perda de apetite.
- **Negligência nas atividades financeiras:** falta de cuidado ou desatenção nas atividades financeiras.
- **Negligência no ambiente doméstico:** falta de cuidado ou desatenção no ambiente doméstico.
- **Participação diminuída nas atividades de vida diária:** redução na execução das atividades de vida diária.

## 7 CONCLUSÃO

Em atenção aos objetivos desta Revisão Sistemática, que foi validar o conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem *Insuficiência na Capacidade do Adulto para Melhorar* (NANDA-I, 2010) no contexto do idoso e relacionar essas características com os sinais e sintomas da SFI, a seguir apresentam-se as CD evidenciadas nos artigos científicos da amostra: *Estado de humor alterado, Declínio físico, Declínio cognitivo, Participação social diminuída e ou prejudicada, Ingesta nutricional inadequada, Exacerbações freqüentes de problemas de saúde crônicos, Apatia, Déficit no auto-cuidado, Baixo nível de escolaridade, Anorexia, Negligência nas atividades financeiras, Negligência no ambiente doméstico, Participação diminuída nas atividades de vida diária,*

Na NANDA-I(2010) o Diagnóstico de Enfermagem *Insuficiência na Capacidade do adulto para Melhorar* está estruturado com quatorze características definidoras, nesta Revisão sistemática doze foram evidenciadas nos estudos da amostra e permaneceram inalteradas, a CD *Habilidades Sociais Diminuídas* foi alterada para *Participação social diminuída ou prejudicada* devido as evidências encontradas nos estudos analisados da amostra e a CD *Baixo nível de escolaridade* foi acrescida devido a sua ocorrência nos estudos.

Todas as características definidoras evidenciadas neste estudo estruturam a definição do Diagnóstico *ICAM* (NANDA-I, 2010) que concerne na deterioração funcional progressiva de natureza física e cognitiva onde a capacidade do indivíduo de viver com doenças multissistêmicas, enfrentar os problemas decorrentes e controlar o seu cuidado está notavelmente diminuída. Evidenciou-se também que essas características estão presentes na população idosa e com SFI, pois são semelhantes aos sinais, sintomas e fatores que a caracterizam.

Este estudo poderá contribuir com o processo de enfermagem, mais especificamente o processo diagnóstico, direcionado a população idosa, pois subsidiará instrumentos para a avaliação de enfermagem de forma a conduzi-la para uma população com necessidades específicas.

Entretanto faz-se necessário ampliar o desenvolvimento de pesquisas brasileiras que tenham como população os idosos, ou como temática o envelhecimento, pois se pôde constatar a partir desta revisão sistemática que grande parte das pesquisas envolvendo o tema

são desenvolvidas em países desenvolvidos onde a população idosa contextualiza-se de outra maneira.

No que concerne a área de enfermagem, sugere-se a realização de pesquisas sobre tecnologias do cuidado em enfermagem que envolvam o envelhecimento e a população idosa, com o desenvolvimento de estudo de validação clínica destas características definidoras para evidenciá-las em pacientes idosos com a SFI com o objetivo de evidenciá-las na prática clínica.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.16, n.4, pp. 707-711. 2008.

AHMED, Nasiya; MANDEL, Richard; FAIN, Mindy. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. **The American Journal Of Medicine**, Tucson, n. , p.748-753, 2007.

BAI, Yu-ling; CHIOU, Chou-ping; CHANG, Yong-yuan. Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 Diabetes.**Journal Of Clinical Nursing**, Kaohsiung County, v. 18, n. 23, p.3308-3315, 2009.

BANDEIRA, Isabela Cristina. **Fragilidade em idosos: uma revisão integrativa**.2010. 46 f. Trabalho de Conclusão - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Social inequalities in health among the elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, Campinas, n. , p.198-208, 2011.

BERENSTEIN, Cláudia Koepfel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. , p.2301-2313, 2008.

BERGLAND, Astrid; THORSEN, Kirsten; LOLAND, Nina Waaler. The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. **Bmc Public Health**, Oslon, v. 30, n. , p.949-963, 2010.

BERGMAN, Howard et al. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. **Journal Of Gerontology**, Montreal, v. 62, n. 7, p.731-737, 2007.

BERGMAN, Howard; et al. Developpement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité [Developing a Working Framework for Understanding Frailty]. *Gerontology Society* 2004; v. 109:15-29. Disponível em: <

<http://www.frdata.ca/e/publications+presentations.html>> Acesso em: 05 mai. 2010

BRAAM, Arjan W. et al. Depression and parkinsonism in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, Amsterdam, v. 25, n. 7, p.679-687, 2009.

CASADO, Banghwa Lee et al. Social Support For Exercise By Experts In Older Women Post–Hip Fracture. **Journal Of Women & Aging**, Maryland, v. 21, n. 1, p.48-62, 2009.

CHILOVI, Barbara Vicini et al. Differential Impact of Apathy and Depression in the Development of Dementia in Mild Cognitive Impairment Patients. **Dementia And Geriatric Cognitive Disorders**, Brescia, v. 27, n. 4, p.390-398, 2009.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Sistematização da Assistência de Enfermagem: (2ª Aula). **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, n. 44, p.45-50, 2008.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira *et al.* Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. *In*: ALMEIDA, Miriam de Abreu *et al.* **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319p.

DONG, Xinqi et al. A Prospective Population-Based Study of Differences in Elder Self-Neglect and Mortality Between Black and White Older Adults. **Journals Of Gerontology**, Chicago, v. 66, n. 6, p.695-704, 2011.

ERICHSEN, Caroline Gosmann; WALDMAN, Beatriz. Evidências para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso” e fatores de risco para o diagnóstico de “risco para fragilidade no idoso” em unidades de internação cirúrgica. *In*:

SILVEIRA, Denise Tolfo; BRONDANI, Stephani Catherine Paz. **Coletânea de trabalhos de conclusão de curso de Enfermagem: primeiro semestre 2011**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho. **Adaptação cultural e Validação da "Edmonton Frail Scale" (EFS) escala de avaliação de fragilidade em idosos**. 2008. 165f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem (EE/EERP), Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, Aurélio B. Hollanda. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Positivo-livros, 2010.

FORD, Jessica; SPALLEK, Melanie; DOBSON, Annette. Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. **Age And Ageing**, Herston, v. 37, n. 2, p.194-200, 2008.

FREITAS, Maria Célia de; PEREIRA, Rafaelly Fernandes; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Diagnósticos de Enfermagem em Idosos Dependentes Residentes em uma Instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. **Ciência Cuidado e Saúde**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p.518-526, 2010.

FRIED, Linda, TANGEN Catherine, WALSTON Jeremy, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal Of Gerontology**, Baltimore, v. 56, n. 3, p.146-156, 2001.

FRIED, Linda, WALSTON Jeremy. Frailty and failure to thrive. In: HAZARD, W.R. et al. **Principles of geriatric Medicine and Gerontology**. 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2003.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p.549-556, 2004.

GALVÃO, Cristina Maria. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória**. 2002. 114 f. Tese (Livre-docência)

- Curso de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GELLIS, Zvi D. et al. Randomized Controlled Trial of Problem-Solving Therapy for Minor Depression in Home Care. **Research On Social Work Practice**, Albany, v. 18, n. 6, p.596-606, 2008.

GOBBENS, Robbert et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. **Journal American of Medical Director Association**, Tilburg, p.338-343, 2010.

GOLDBERG, Sarah E. et al. The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. **Age And Ageing**, Nottingham, n. , p.1-7, 2011.

GÓMEZ-ESTEBAN, Juan Carlos et al. Impact of psychiatric symptoms and sleep disorders on the quality of life of patients with Parkinson's disease. **Journal Of Neurology**, Baracaldo, n. , p.494-499, 2011.

HA, Lisa et al. Prevalence and Correlates of Functional Status in an Older Community– Representative Sample in Brazil. **Journal Of Aging And Health**, Oslo, n. , p.362-383, 2010.

HASSON, Henna; ARNETZ, Judith E. Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. **Journal Of Clinical Nursing**, Lund, v. 20, n. 9, p.1423-1435, 2010.

HOLOPAINEN, Arja; HAKULINEN-VIITANEN, Tuovi; TOSSAVAINEN, Kerttu. Systematic review – a method for nursing research. **Nurse Researcher**, Helsinki, v. 16, n. 1, p.72-83, 2008.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: 17 maio 2011.

JAKOBSSON, Ulf et al. Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: An explorative study. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, Lund, n. , p.290-294, 2011.

JOHANSEN, Kirsten et al. Significance of Frailty among Dialysis Patients. **Journal Of American Society Of Nephrology**, Atlanta, n. , p.2960-2967, 2007.

KARUNANANTHAN, Sathya et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: Overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. **Medical Research Methodology**, Montreal, v. 68, n. 9, p.1-11, 2009.

KERSE, Ngaire et al. Home-Based Activity Program for Older People With Depressive Symptoms: DeLLITE—A Randomized Controlled Trial. **Annals Of Family Medicine**, Auckland, v. 8, n. 3, p.214-223, 2011.

KLYMKO, Kay W. et al. Self-care production experiences in elderly African Americans with hypertension and cognitive difficulty. **Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners**, Detroit, v. 23, n. 4, p.200-208, 2010.

LANDI, Study Francesco et al. Anorexia, Physical Function, and Incident Disability Among the Frail Elderly Population: Results From the iLSIRENTE. **Journal Of The American Medical Directors Association**, Florida, v. 11, n. 4, p.268-274, 2010.

LINDE, Rianne Van Der et al. Behavioural and psychological symptoms in the older population without dementia – relationship with socio-demographics, health and cognition. **Bmc Geriatrics**, Cambridge, n. , p.1-10, 2010.

LIU, Li-juan; GUO, Qiang. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. **Quality Of Life Research**, Shanghai, v. 17, n. 6, p.823-830, 2008.

LIU, Zhaorui et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. **Bmc Public Health**, Pequim, v. 9, n. , p.1-11, 2009.

LOPES, Fernanda Lucas et al. Diagnósticos De Enfermagem De Idosos Residentes Em Uma Instituição De Longa Permanência (ILP). **Ciência Cuidado e Saúde**, Rio Grande, v. 6, n. 1, p.59-67, 2007.

MATSUMOTO, Yoshiko. Dealing With Life Changes: Humour In Painful Self-Disclosures By Elderly Japanese Women. **Ageing & Society**, Stanford, v. 29, n. , p.929-952, 2009.

MCAULEY, Edward et al. Long-Term Follow-Up of Physical Activity Behavior in Older Adults. **Health Psychology**, Urbana, v. 26, n. 3, p.375-380, 2007.

MEHTA, Mona et al. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, Pittsburgh, v. 23, n. 3, p.238-243, 2008.

MERINO, José Manuel; BARRIGA, Omar A.. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile Sara Mendoza-Parra. **Revista Panamericana De Salud Publica-pan American Journal Of Public Health**, Concepción, v. 25, n. 2, p.105-112, 2009.

MORAES, Edgar Nunes de; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica De Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p.54-66, 2010.

MORAIS, Cecília de et al. Ageing and food consumption in Portugal: new or old paradigms? **British Food Journal**, Porto, v. 112, n. 5, p.511-521, 2010.

MORTBY, Moyra Elizabeth; MAERCKER, Andreas; FORSTMEIER, Simon. Midlife Motivational Abilities Predict Apathy And Depression In Alzheimer Disease: The Aging,

Demographics, And Memory Study. **Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology**, Zurich, v. 24, n. 3, p.151-160, 2011.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações**, 2009-2011:Porto Alegre; Artmed, 2010.

OGURU, Miyako et al. Apathy and Depression in Parkinson Disease. **Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology**, Nishinomiya, v. 23, n. 1, p.35-41, 2009.

OKURA, Toru et al. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms and Their Association with Functional Limitations in Older Adults in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. **Journal Of The American Geriatrics Society**, Michigan, v. 58, n. 2, p.330-337, 2010.

ONISHI, Joji et al. A Comparison Of Depressive Mood Of Older Adults In A Community, Nursing Homes, And A Geriatric Hospital: Factor Analysis Of Geriatric Depression Scale. **Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology**, Kyoto, v. 19, n. 1, p.26-31, 2006.

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p.491-498, 2006.

PUTS, M.T.E; et al. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. **Journal of Aging Studies**, Netherlands, v. 23, p. 258–266, 2009.

ROLFSON, Darryl et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age And Ageing**, Alberta, v. 35, n. 5, p.526-529, 2006.

ROZZINI, Luca et al. Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, Brescia, v. 24, n. 3, p.300-305, 2009.

SAKANO, Luciana; YOSHITOME, Aparecida. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p 495-8, 2007.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; MANCINI, Marisa Cotta. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, n. , p.83-89, 2007.

SANTOS, Ariana de Souza Rodrigues Dos et al. Caracterização Dos Diagnósticos De Enfermagem Identificados Em Prontuários De Idosos: Um Estudo Retrospectivo. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.141-149, 2008.

SARKISIAN, Catherine A. et al. Preliminary Evidence for Subdimensions of Geriatric Frailty: The MacArthur Study of Successful Aging. **Journal Of The American Geriatrics Society**, Los Angeles, v. 56, n. 12, p.2292-2297, 2008.

SOUSA, Renata Miranda de et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.732-741, 2010.

SOUTO, Gabriela Doebber; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Fragilidade em idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso” e “risco para fragilidade no idoso”. In: SILVEIRA, Denise Tolfo; BRONDANI, Stephani Catherine Paz. **Coletânea de trabalhos de conclusão de curso de Enfermagem: primeiro semestre 2011**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

SPACCAVENTO, Simona et al. Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer’s disease. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, Foggia, v. 48, n. 3, p.356-360, 2009.

SMOLINER, Christine et al. Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. **Nutrition**, Berlin, v. 24, n.,p.1139-1144, 2008.

THANAKWANG, Kattika. Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey. **Nursing & Health Sciences**, Thailand, v. 11, n. 2, p.144-149, 2009.

TRUPPEL, Thiago Christel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p.221-227, 2009. **OLUME**

VARANESE, Sara et al. Apathy, but Not Depression, Reflects Inefficient Cognitive Strategies in Parkinson's Disease. **Plos One**, Nova York, v. 6, n. 3, p.17843, 2011.

VEER-TAZELAAR, Nelleke Van 't et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. **Bmc Public Health**, Amsterdam, n. , p.1-8, 2006.

ZAK, Marek; SWINE, Christian; GRODZICKI, Tomaz. Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalised and free-living frail elderly (double-blind, randomised clinical trial). **Bmc Public Health**, Krakow, v. 9, n. , p.1-15, 2009.

WU, Ming-shiang et al. Socio-demographic and health-related factors associated with cognitive impairment in the elderly in Taiwan. **Bmc Public Health**, Taiwan, v. 11, n. 22, p.1-8, 2011.

**APÊNDICE A – TESTE DE RELEVÂNCIA PRELIMINAR**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE

Nº _____	
1 - Referência: _____ _____ _____	
3 – O resumo do estudo aborda o tema de interesse para a investigação que é: quais são as CD do DE <i>Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar</i> (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso e suas relações com os sinais, sintomas e fatores determinantes da fragilidade?	SIM _____ NÃO _____

**APÊNDICE B – TESTE DE RELEVÂNCIA I**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE

Nº _____	
1 - Referência: _____ _____ _____	
2 - O estudo foi publicado no período de 2005 a 2011?	SIM _____ NÃO _____
3 - O estudo aborda o tema de interesse para a investigação que é: quais são as CD do DE <i>Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar</i> (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso e suas relações com os sinais, sintomas e fatores determinantes da fragilidade?	SIM _____ NÃO _____
4 - O estudo foi publicado nos idiomas inglês, português e espanhol?	SIM _____ NÃO _____

**APÊNDICE C – TESTE DE RELEVÂNCIA II**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE

Nº _____ Avaliador: _____	
1 - Referência: _____ _____ _____	
2 - O estudo envolve diretamente seres humanos como sujeitos?	SIM _____ NÃO _____
3 - Está voltado para a solução do problema específico que está sendo investigado, no caso deste estudo: quais são e como são definidas as CD do DE <i>Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar</i> (NANDA- I, 2010) no contexto do idoso e sua relação com os sinais, sintomas e fatores determinantes da fragilidade?	SIM _____ NÃO _____

**APÊNDICE D – TESTE DE RELEVÂNCIA III**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE**

Nº _____		Avaliador: _____	
1 - Referência:			
_____			
_____			
_____			
2-A metodologia empregada no artigo que está sendo analisado está suficientemente descrita de forma que possa ser replicado?		SIM _____	
		NÃO _____	
3-A metodologia está adequada ao alcance dos objetivos?		SIM _____	
		NÃO _____	
4-Os resultados são compatíveis com a metodologia utilizada, merecendo credibilidade?		SIM _____	
		NÃO _____	
5- A aplicabilidade dos resultados é possível na prática?		SIM _____	
		NÃO _____	

**APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

NÚCLEO DE ESTUDOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM – NECE

Nº \_\_\_\_\_

1 - Referências:

---

---

---

Base de Dados:

 Cochrane Collaboration  Web of Science  CINAHL  Scopus

2 - Descritores Utilizados pelo Autor

---

---

3 - Objetivos do Estudo

---

---

---

4- Tipo de Estudo/Metodologia

---

---

Identificação da Amostra

---

limitações metodológicas

---

---

---

5- Evidência dos resultados

---

---

---

---

#### 6- Definição das características definidoras

---

---

---

---

#### 7- Definição dos fatores relacionados

---

---

---

**ANEXO - Carta de Aprovação da COMPESQ-EEUFRGS**

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Projeto TCC GRAD.:** 31/2011

**Pesquisadores:** Thaila Tancini e Profa. Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Título:** VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INSUFICIÊNCIA NA CAPACIDADE DO ADULTO PARA MELHORAR NO CONTEXTO DO IDOSO.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

**Homologado na Reunião** de 28/09/2011

Porto Alegre, 27 de Setembro de 2011.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora COMPESQ/EENFP