



## Intervenções de Enfermagem no programa de gerenciamento de crônicos: mapeamento cruzado

Nursing interventions in the management program for chronic patients: cross mapping

Intervenciones de Enfermería en el programa de gestión de crónicos: mapeo cruzado

Talita do Nascimento da Silva<sup>1</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>1</sup>, George Luiz Alves Santos<sup>1</sup>, Luana de França da Silva<sup>1</sup>, Giselle Mota Bastos<sup>1</sup>, Thaís Diniz Garcia<sup>2</sup>

Objetivou-se analisar as intervenções de Enfermagem no prontuário de idosos assistidos no programa de gerenciamento de crônicos, comparando-as com a Classificação das Intervenções de Enfermagem. A investigação foi realizada em um Serviço Privado de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, em março de 2014. Estudo de mapeamento cruzado, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 80 prontuários, segundo os critérios: atendido em 2013; média complexidade II; idade superior a 64 anos; ter tido mais de cinco visitas domiciliares; e estar ativo em dezembro de 2013 em baixa complexidade I. As intervenções frequentemente mapeadas foram: ensino – processo da doença (98%); aconselhamento nutricional (98%); controle do ambiente (95%) e promoção do exercício (94%). O decréscimo do *status* funcional no programa indicou que as orientações foram efetivas, porém ainda não uniformizadas. Recomenda-se a adoção de uma linguagem padronizada.

**Descritores:** Idoso; Cuidados de Enfermagem; Serviços de Saúde para Idosos; Promoção da Saúde; Enfermagem.

One aimed to analyze nursing interventions in the medical records of the elderly assisted by the management program for chronic patients, comparing them with the Nursing Interventions Classification. The investigation was carried out in a private health service in Rio de Janeiro, Brazil, in March 2014. This is a cross mapping study, with a quantitative approach. The sample was composed of 80 medical records according to the following criteria: attended in 2013; average complexity II; age over 64 years old; received more than five home visits; and being active on December 2013 in low complexity I. The frequently mapped interventions were: education – disease process (98%); nutritional counseling (98%); environment control (95%); and exercise promotion (94%). The decline in the functional status of the program indicates that the guidelines were effective, but they are not standardized yet. It is recommended the adoption of a standardized language.

**Descriptors:** Aged; Nursing Care; Health Services for the Aged; Health Promotion; Nursing.

El objetivo fue analizar las intervenciones de Enfermería en registros médicos de ancianos en atención en programa de gestión de pacientes crónicos, comparándolas con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería. Investigación llevada a cabo en servicio de salud privado del Rio de Janeiro, Brasil, en marzo del 2014. Estudio de mapeo cruzado, con enfoque cuantitativo. Muestra compuesta por 80 registros, según los siguientes criterios: asistidos en 2013; media complejidad II; edad mayor de 64 años; recibieron más de cinco visitas domiciliarias; y activos en diciembre del 2013 en baja complejidad I. Intervenciones frecuentemente mapeadas: educación – proceso de la enfermedad (98%); asesoramiento nutricional (98%); control del ambiente (95%); y promoción del ejercicio (94%). La disminución del estado funcional del programa indica que las directrices eran eficaces, pero aún no estandarizadas. Se recomienda adopción de lenguaje estandarizado.

**Descritores:** Anciano; Atención de Enfermería; Servicios de Salud para Ancianos; Promoción de la Salud; Enfermería.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Programa de Atenção Domiciliar à Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Rosimere Ferreira Santana

Rua Dr Celestino 74, Centro. CEP: 24020-091. Niterói, RJ, Brasil E-mail: rosifesa@enf.uff.br

## Introdução

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o 6º lugar em contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de zero a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total. Em 2010, a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis representou 73,9% das causas de óbito, segundo o Ministério da Saúde<sup>(1-2)</sup>.

As condições crônicas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas, que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Tais condições crônicas podem induzir à perda da capacidade funcional e da qualidade de vida nos idosos<sup>(3-5)</sup>.

A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, geralmente, não deveriam estar associadas à limitação das atividades e nem à restrição da participação social. Isso porque, mesmo com as doenças crônicas, os idosos deveriam continuar desempenhando seus papéis sociais. Dessa forma, defende-se que o foco de saúde da pessoa idosa esteja estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou de cuidar de si mesmo. Ou seja, a pessoa idosa pode ser considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades, de forma independente e autônoma, mesmo na vigência de uma patologia<sup>(6)</sup>.

Segundo a lei nº 8.080/90, é garantido, a toda população, o acesso universal aos serviços de saúde. Entretanto, segundo a Agência Nacional Saúde Suplementar, em 2013, 25,1% da população foi atendida pelo setor privado. Diante desse cenário, as ações de promoção da saúde devem ser ampliadas também no setor privado. Visando modificar o modelo assistencial hospitalocêntrico, a Agência Nacional de Saúde determinou a necessidade de implementar ações para estimular as operadoras de saúde a serem produtoras do cuidado, atendendo de forma integral a saúde do indivíduo<sup>(7)</sup>.

Em 2005, a Agência Nacional de Saúde publicou a Resolução Normativa nº 94 e a Instrução Normativa nº 10, que estabeleceram procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, os quais foram propostos para as operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde. No entanto, somente em agosto de 2011, foram publicadas as Resoluções Normativas 264 e 265, que dispõem sobre as modelagens dos programas, as formas de acompanhamento e a possibilidade de oferta de prêmios ou descontos, como estratégias para aumentar a participação dos beneficiários nos programas<sup>(7-8)</sup>. Desse modo, o gerenciamento de crônicos e ações de promoção a saúde é recente na saúde suplementar.

Um exemplo pioneiro de implantação da modalidade assistencial de gerenciamento de crônicos no mercado de saúde privado ocorreu no Reino Unido. Os clientes de uma das maiores seguradoras, a *PruHealth*, receberam benefícios financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o pedômetro com monitor cardíaco. Também obtiveram descontos na compra de frutas e legumes em uma rede de supermercados associada à empresa de saúde, além de receberem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias<sup>(9)</sup>. Em síntese, um estilo de vida mais saudável poderia levar à redução no valor da apólice de saúde<sup>(10-11)</sup>.

Deve ser dado destaque à atuação do enfermeiro nesses programas, apontado como responsável pelo gerenciamento dos casos, monitorização, visitas domiciliares e ligações telefônicas assistenciais<sup>(9-11)</sup>. Para alcançar tal meta, o uso de uma linguagem padronizada pode favorecer a comunicação efetiva em relação aos fenômenos de Enfermagem. Isso porque o desenvolvimento de qualquer ciência está relacionado à existência de uma forma organizada de seu vocabulário<sup>(12)</sup>.

As intervenções de Enfermagem encontram-se descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, sigla do inglês *Nursing Interventions Classification*), desenvolvida pelos membros do *Iowa*

*Intervention Project*, da Universidade Norte-Americana Iowa. Essa classificação encontra-se organizada, atualmente, sob uma estrutura taxionômica, com 7 domínios, 30 classes, 542 intervenções de Enfermagem e mais de 12 mil atividades/ações. A NIC facilita o processo do cuidar, da documentação clínica, e a informação sobre os cuidados prestados. Pode ainda ser utilizada em qualquer nível de atenção<sup>(13)</sup>.

Diante do exposto, delimitou-se como questão norteadora: Quais intervenções de Enfermagem mapeadas nos prontuários de idosos frequentadores de um programa de gerenciamento de crônicos encontram-se descritas quando comparadas à Classificação das Intervenções de Enfermagem? O objetivo de estudo foi analisar as intervenções de Enfermagem do prontuário de idosos assistidos no programa de gerenciamento de crônicos comparando-as com a Classificação das Intervenções de Enfermagem.

## Método

Estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo e observacional, utilizando-se proposta metodológica do mapeamento cruzado. O mapeamento cruzado é definido como o processo de explicar ou expressar algo por meio do uso de palavras com significado igual ou semelhante. Ele possibilita mapear e comparar registros de Enfermagem realizados com terminologias não uniformizadas em classificações de referência com linguagem padronizada<sup>(14)</sup>.

A pesquisa foi realizada em um programa de gerenciamento de crônicos que contava com 7.427 assistidos cadastrados. Destes, 5.219 tinham idade  $\geq 65$  anos. Foram selecionados, para análise do estudo, os prontuários de idosos que melhoraram o *status* funcional no período de janeiro a dezembro 2013, adotando-se os seguintes critérios: idade  $\geq 65$  anos; ter recebido mais de cinco visitas; e ativos em 18 de dezembro de 2013, em baixa complexidade I há mais de 6 meses. Excluíram-se registros com informações incompletas ou inconsistentes. Seguindo tais critérios, obteve-se uma amostra final de 80 prontuários.

Os idosos são classificados de acordo com mó-

dulos estabelecidos pela coordenação, levando em conta o grau de complexidade relacionado aos fatores de riscos, como tabagismo; etilismo; número de atendimentos em pronto-socorro e internações no último ano; histórico familiar; comprometimento osteomuscular; cardíaco; pulmonar; descompensação das patologias de base; sedentarismo; número de comorbidades, dentre outros.

Os módulos de atenção para acompanhamento aos assistidos são definidos como: média complexidade I: aqueles que recebem visitas domiciliárias de Enfermagem mensais; média complexidade II: aqueles com visitas domiciliárias bimestrais; baixa complexidade I para os que têm visitas domiciliárias semestrais; e baixa complexidade II para os idosos que recebem visitas domiciliárias anuais. Salienta-se que, em todos os módulos de atenção, o monitoramento telefônico é mensal.

Desse modo, as orientações são fornecidas por meio de contato telefônico mensal e de visita domiciliar da equipe de Enfermagem, de acordo com o grau de complexidade, com intuito de evitar possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, pneumopatias, dentre outras, trazendo melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas e, conseqüentemente, possibilitando a redução de seus custos assistenciais.

Por meio dessa primeira avaliação minuciosa, é definida a periodicidade com que os assistidos devem ser acompanhados pela equipe. Os módulos são reavaliados periodicamente pela coordenação de Enfermagem, a partir da avaliação individual de cada prontuário eletrônico, identificando a possibilidade de espaçar ou a necessidade de diminuir o intervalo do acompanhamento, de acordo com o quadro de saúde.

O indicador utilizado pela coordenação do programa como critério para efetuar o decréscimo da complexidade foi o quadro de saúde, relacionado a um conjunto de fatores que evidenciaram melhora da condição de saúde, como redução de intercorrências (internações, passagens em pronto-socorro e atendimentos na central de emergências) por descompensação de patologias de base; aumento da prevalência de

atividade física; seguimento das orientações fornecidas; cumprimento de meta estabelecida previamente; percepção profissional (visitador ou monitor) que relatava melhora do estado geral de saúde; comparativo de resultado de exames relacionado às patologias de base indicando melhora do estado de saúde; grau de independência para Atividade da Vida Diária; e adesão à terapêutica proposta.

A partir da amostra selecionada, realizou-se avaliação individual dos 80 prontuários e analisaram-se as orientações de Enfermagem fornecidas antes da alteração de módulo para baixa complexidade I, ou seja, contribuintes na mudança do *status* funcional das pessoas idosas.

Para coleta de dados, foi elaborado um instrumento eletrônico de organização e tratamento dos dados divididos em quatro partes: (1) dados sociodemográficos do paciente; (2) *status* funcional e características dessa classificação; (3) termos que denotassem intervenções de Enfermagem não padronizados; e (4) títulos das intervenções de Enfermagem encontradas no mapeamento cruzado. Os procedimentos de coleta de dados foram divididos em quatro etapas.

Na primeira etapa, coletaram-se dados sociodemográficos dos relatórios eletrônicos existentes no programa, como idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil e ainda diagnóstico principal, número de comorbidades e médico assistente, a fim de traçar o perfil da população.

Na segunda etapa, foi realizada a avaliação individual para identificar as orientações de Enfermagem fornecidas antes da alteração de módulo e registradas no campo de orientações, tanto na visita de Enfermagem como nos monitoramentos telefônicos. Os dados foram descritos em uma planilha do *Excel for Windows*.

Na terceira etapa, foi realizado o mapeamento das orientações de Enfermagem fornecidas pelo programa e as intervenções e atividades existentes na NIC. A quarta etapa tratou da análise e da comparação dos registros de intervenção de Enfermagem à NIC com relação ao seguinte item: para cada orientação de Enfermagem, foi selecionada uma intervenção no

sistema padronizado, com base na semelhança entre o item, a definição da intervenção e as atividades sugeridas pela mesma. Algumas orientações do programa, contudo, eram fragmentadas e se enquadravam na mesma intervenção, por isso foram agrupadas na mesma intervenção da NIC. Foram mapeadas não somente as palavras, mas o significado delas. Foi mantida a consistência entre a intervenção que estava sendo mapeada e a definição da intervenção na NIC. Utilizou-se o rótulo da intervenção mais específico. Por fim, foram descritas as orientações de Enfermagem que não puderam ser mapeadas.

Ressalta-se que foram atendidos os aspectos éticos e legais, conforme preconiza a Resolução 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, sob parecer 241.194, em junho de 2013.

## Resultados

Quanto ao perfil dos participantes, a faixa etária predominante foi de 70 a 79 anos (55%). A maioria era do sexo feminino (65%), cursou Ensino Fundamental (78%) e era casada (56%). A hipertensão arterial (86%) prevaleceu como diagnóstico médico principal, seguida de doenças cardíacas (6%) e diabetes não insulino-dependente (6%). Em relação ao número de comorbidades, observou-se que 55% tinham quatro ou mais comorbidades, e 80% dos assistidos possuíam o cardiologista como médico principal.

Nas figuras de 1 a 4, descrevem-se 19 intervenções de Enfermagem mapeadas distribuídas segundo os domínios da NIC: Fisiológico: Básico; Fisiológico: Complexo; Comportamental e Segurança. Ausentaram-se os Domínios Família; Sistema de Saúde e Comunidade.

Ao avaliar as intervenções de Enfermagem fornecidas pelo programa antes da alteração de módulo, por ora denominadas nos prontuários como orientações de Enfermagem, encontraram-se 49 registros, no total de 80 prontuários (Tabela 1).

Termos/prontuário	Intervenção	Atividades
Realizar as 3 refeições principais Alimentação a cada 3 horas	Aconselhamento nutricional	Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem modificados; estabelecer metas realistas; informar sobre a necessidade de saúde para modificação da dieta.
Atividade física	Promoção do exercício	Informar sobre os benefícios à saúde e efeitos fisiológicos do exercício; orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercício para seu nível de saúde.
Exercício Kegel	Exercícios para a musculatura pélvica	Orientar o idoso a realizar exercícios de fortalecimento muscular da região pélvica.
Dieta laxativa	Controle de constipação/impactação	Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação; orientar sobre dieta com elevado teor de fibras, conforme apropriado.
Perda de peso	Assistência para reduzir o peso	Determinar o desejo e a motivação individual para reduzir o peso; encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis; auxiliar na adaptação das dietas, ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente.

**Figura 1** - Intervenções de Enfermagem localizadas no domínio Fisiológico: Básico

Termos/prontuário	Intervenção	Atividades
Aumentar ingestão hídrica	Controle hidroeletrólítico	Promover a ingestão oral; investigar em busca de indicações de equilíbrio hidroeletrólítico alterado.
Controle glicêmico Anotar níveis glicêmicos	Controle da hiperglicemia	Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme indicação; monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia; identificar a possível causa da hiperglicemia; orientar o paciente/pessoas importantes sobre prevenção, reconhecimento e conduta na hiperglicemia.

**Figura 2** - Intervenções de Enfermagem localizadas no domínio Fisiológico: Complexo

Termos/prontuário	Intervenção	Atividades
Manter consultas atualizadas Manter exames atualizados Direcionamento a especialista	Ensino: processo da doença	Avaliar o nível atual de conhecimento do paciente; descrever os sinais e os sintomas da doença; discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias; discutir opções de tratamento; reforçar as informações dadas por outros membros da equipe de saúde.
Seguir prescrição médica Riscos da automedicação	Ensino: medicamentos prescritos	Informar o idoso sobre genéricos e de marca de cada medicamento; orientar sobre a finalidade e a ação de cada medicamento; orientar sobre a administração correta; avaliar a capacidade para autoadministrar os medicamentos; dar informações sobre programas/organizações para poupar recursos financeiros ao obter medicamento e dispositivos, conforme apropriado.
Exercícios para estimular a memória	Treinamento da memória	Discutir com o idoso/família todos os problemas práticos vividos em relação a memória; recordar experiências passadas; implementar técnicas de memorização, como imagem visual, jogos de memória, técnicas de associação entre outros; orientar nova aprendizagem; encaminhar a terapia ocupacional.

**Figura 3** - Intervenções de Enfermagem localizadas no domínio: Comportamental

Termos/prontuário	Intervenção	Atividade
Risco de queda Casa segura	Controle do ambiente	Criar um ambiente seguro para o idoso; identificar as necessidades de segurança com base no nível de funcionamento físico e cognitivo e no histórico comportamental anterior; remover perigos ambientais; educar o paciente e a família sobre as mudanças/precauções.
Controle pressórico Anotar níveis pressóricos	Monitorização de sinais vitais	Observar as tendências e as oscilações na pressão sanguínea; identificar possíveis causas de mudanças nos sinais vitais.
Imunização	Controle de imunização/vacinação	Informar sobre imunizações que protegem contra doenças; notificar indivíduos/famílias sobre a necessidade de atualizar as vacinas.

**Figura 4** - Intervenções Enfermagem localizadas no domínio: Segurança

**Tabela 1** - Principais termos identificados como intervenções de Enfermagem nos prontuários

Termos/intervenções de Enfermagem	n (%)
Manter consultas atualizadas	78 (97,5)
Alimentação equilibrada	78 (97,5)
Manter exames atualizados	76 (95,0)
Casa segura	76 (95,0)
Atividade física	75 (93,7)
Aumentar ingestão hídrica	68 (85,0)
Seguir prescrição médica	64 (80,0)
Risco de queda	62 (77,5)
Controle pressórico/anotar níveis pressóricos	60 (75,0)
Direcionamento a especialista	49 (61,2)
Atividade de lazer	45 (56,2)
Realizar as três refeições principais	35 (43,7)
Elevar membros inferiores	34 (42,5)
Alimentação a cada 3 horas	33 (41,2)
Controle glicêmico/anotar níveis glicêmicos	26 (32,5)
Exercício Kegel	23 (28,7)
Exposição solar adequada	22 (27,5)
Hidratar a pele	20 (25,0)
Riscos da automedicação	17 (21,2)
Imunização	15 (18,7)
Dieta laxativa	12 (15,0)
Iniciar fisioterapia prescrita	12 (15,0)
Perda de peso	12 (15,0)
Evitar esforços	10 (12,5)
Exercícios para estimular a memória	10 (12,5)

## Discussão

Constatou-se que 65% dos participantes eram do sexo feminino, o que pode refletir a maior adesão da mulher aos serviços de prevenção em saúde ou evidenciar o perfil da população idosa do Brasil. Dessa forma, é necessária uma abordagem diferenciada aos idosos do sexo masculino, para sua inclusão nos programas de gerenciamento de crônicos. Demonstra-se

a importância da participação dos mesmos na prevenção dos agravos à saúde e para a melhoria da qualidade de vida, já que a mortalidade e a morbidade nesse grupo seriam maiores, em comparação com as do sexo feminino<sup>(15)</sup>.

Outro dado interessante foi que 78% participantes tinham até a 5ª série ou mais, o que diverge dos índices de analfabetismo do país. Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011, a taxa de analfabetismo no país mostrou-se maior nos grupos de idade mais elevadas. A maioria dos analfabetos (8,2 milhões; 96,1% deles) permaneceu entre as pessoas com mais de 50 anos ou mais de idade. No entanto, a escolaridade dos participantes pode estar associada ao fato de se tratar de idosos que possuem plano de saúde, refletindo melhores condições financeiras, o que está intimamente ligado ao grau de escolaridade e à maior acessibilidade aos serviços de saúde<sup>(15)</sup>.

Destacou-se a importância de orientações voltadas aos fatores de risco vinculados aos comportamentos e aos estilos de vida, em relação às condições crônicas, como a dieta inadequada, o excesso de peso, a inatividade física, o uso excessivo de álcool e o tabagismo. Sabe-se que, em relação ao tratamento da hipertensão arterial, a adoção de um estilo de vida saudável, com alimentação adequada e atividade física, é importante e fundamenta a ocorrência dessas orientações. O controle pressórico se destaca por permitir acompanhar a eficácia da terapêutica adotada e a identificar crises hipertensivas não associadas à sintomatologia.

Outra intervenção que se sobressaiu foi o estímulo à prática de atividade física e, conseqüentemente, à manutenção da capacidade funcional dos idosos, um dos fatores que contribui para uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a atividade física é um meio para se alcançar a independência e a autonomia, e deve ser estimulada ao longo da vida. Observou-se redução do risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama, e diabetes tipo 2 em indivíduos que realizam atividade física regular. Além disso, a prática de exer-

cícios atua na prevenção e na redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso ponderal, diminui o risco de obesidade, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, e reduz o estresse, a ansiedade e a depressão<sup>(16)</sup>.

As intervenções de Enfermagem direcionavam-se também às demandas do plano de saúde privado - primeiramente, à adesão ao tratamento, à atuação em conjunto com médico assistente nas ações em saúde e, sobretudo, ao estímulo racional dos recursos em saúde.

A repercussão da não adesão ao tratamento entre idosos e a prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário implicam tratamentos que requerem um alto consumo de fármacos, assim como mudanças de comportamento e de hábitos de vida. Isso pode dificultar a adesão, levando a problemas relacionados aos medicamentos, a um baixo controle dos sintomas e a uma redução da capacidade funcional<sup>(16)</sup>. E, quanto maior for a adesão ao tratamento, obtêm-se melhores resultados, sendo a comunicação uma ferramenta útil entre o profissional de saúde e o paciente, a fim de identificar não somente a não adesão mas também os motivos relacionados. Dessa forma, observou-se que o estímulo à adesão ao tratamento é fundamental. A pessoa idosa passa a observar a melhora de sua condição crônica, entender melhor suas patologias, ter mais autonomia e se sentir cada vez mais motivada com as mudanças necessárias nos hábitos de vida.

A redução do risco de queda reforça uma das principais preocupações com os idosos. A queda leva à possibilidade de fratura, internação e diminuição da capacidade funcional. Cerca de 30% das pessoas de 65 ou mais caem pelo menos uma vez por ano. Dentre essas que caem, 40% encontram-se entre 80 e 85 anos de idade<sup>(17)</sup>. Ressalta-se a especificidade das intervenções aos indivíduos obesos e sedentários, por apresentarem maior probabilidade de quedas. Contudo, destaca-se que estes são fatores de risco modificáveis, de modo que a adoção de programas de atividades físicas e cotidianas, e a orientação quanto aos riscos ambientais se fazem necessárias<sup>(18)</sup>.

Uma baixa ingesta hídrica desperta atenção do enfermeiro, devido ao risco de desidratação; daí o reforço durante o gerenciamento. A sensação de sede reduzida e o uso de medicamentos que induzem ao aumento do volume urinário, bem como a função renal diminuída e a incontinência urinária, aumentam o risco de desidratação<sup>(19)</sup>.

A atividade de lazer é primordial, pois, além de favorecer a socialização, a interação e o bem-estar, estimula as habilidades cognitivas. A prevenção da perda funcional deve incluir o adequado controle das doenças crônicas, como hipertensão, asma e diabetes, além de estímulo à atividade cognitiva. Atividades de trabalho e lazer devem ser valorizadas por seu efeito protetor, assim como relacionamento com amigos<sup>(20)</sup>. Por isso, elas devem ser incluídas no rol de intervenções sugeridas para o domínio de promoção da saúde na NIC.

As intervenções de Enfermagem encontradas nos prontuários estavam baseadas no conhecimento individual e na experiência dos enfermeiros do programa de gerenciamento de crônicos, que foi cenário deste estudo. Ao analisar o mapeamento cruzado, verifica-se a adequação da padronização do registro das intervenções utilizando a NIC. Dessa forma, direciona-se para a adoção de uma linguagem formal, que particularize as intervenções e que favoreça o registro fidedigno das orientações.

## Conclusão

As orientações de Enfermagem fornecidas pelo programa de gerenciamento de crônicos refletem a demanda do idoso por promoção da adesão ao tratamento, estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e diminuição dos custos assistenciais das operadoras de saúde, em decorrência da redução das complicações das patologias crônicas, como hospitalizações desnecessárias. Pode-se dizer, portanto, que estas são fundamentais para garantir um envelhecimento ativo e com manutenção da capacidade funcional.

A despeito da limitação metodológica do ma-

peamento cruzado, por proporcionar dados coletados retrospectivamente e por profissionais diferentes. A confiabilidade e a validade dos dados se deram pelas características do local de estudo com profissionais capacitados de forma sistemática, e registro eletrônico do prontuário, o que facilitou a coleta de dados.

Contudo, as intervenções fornecidas não estiveram pautadas em sistema formal de linguagem. A partir dos dados, considerou-se viável a adequação a uma linguagem padronizada. Ao se compararem as intervenções realizadas pelo programa, intervenções e atividades da Classificação das Intervenções de Enfermagem, reforça-se a necessidade de uma linguagem padronizada e de um instrumento qualificador da assistência prestada, o qual deve facilitar a elaboração de pesquisas e contribuir para atuação na prática clínica.

## Colaborações

Santana RF e Silva TN contribuíram com a concepção do projeto e o planejamento, análise e interpretação dos dados, redação e elaboração do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Santos GLA, Silva LF, Bastos GM e Garcia TD contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

## Referências

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. 2010 [citado 2014 dez 15]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>
3. Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
4. Hammerschmidt KSA, Ávila JBG, Santos SSC. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2997-8.
5. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4):735-48.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esperanças de vida ao nascer [Internet]. 2014 [citado 2015 jan 15]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer>
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011 [Internet]. 2011 [citado 2014 out 23]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1796](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1796)
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
9. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):231-8.
10. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(10):1834-40.
11. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(1):80-6.
12. Campos EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(spe):134-41.
13. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.



14. Chianca TCM, Salgado PO, Albuquerque JP, Campos CC, Tannure MC, Ercole FF. Mapping nursing goals of an Intensive Care Unit to the Nursing Outcomes Classification. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5):854-62.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2012 [Internet]. 2013 [citado 2015 jan 15]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2012/Sintese\\_Indicadores/sintese\\_pnad2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf)
16. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fis*. 2010; 16(4):1024-32.
17. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2012; 36(6):709-16.
18. Lima DWC, Cruz AMM, Moraes FMP, Torres ADM, Freitas MC. Impact of a fall in the elderly: an analysis of the risk factors. *Rev Rene*. 2013; 14(5):929-37.
19. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Repercussão de quedas em idosos: análise dos fatores de risco. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(9):1819-26.
20. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):685-92. [legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1796](#)