Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Rosane Barreto Cardoso

Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável

Rio de Janeiro

2020

Rosane Barreto Cardoso

Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

C268 Cardoso, Rosane Barreto.
Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável / Rosane Barreto Cardoso. – 2020.
232 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Processo de enfermagem. 4. Saúde do idoso. 5. Terminologia padronizada em enfermagem. 6. Envelhecimento saudável. 7. Promoção da saúde. I. Caldas, Célia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Rosane Barreto Cardoso

Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 18 de agosto de 2020.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Rosimere Ferreira Santana

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dra. Priscilla Alfradique de Souza

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dra. Barbara Martins Corrêa da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos idosos, grandes mestres da vida e fonte de conhecimento. Enfim, a todos os idosos que um dia se Deus quiser também serei....

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o orientador do meu caminhar e o sustentáculo da minha existência. Pois, sem Ele não teria conseguido trilhar esta árdua jornada de estudos, trabalho e pesquisa.

Agradeço em especial a minha querida orientadora e amiga Professora Célia Pereira Caldas por crer em mim, ao acreditar que minhas inquietações dariam uma tese, pelos ensinamentos, colaboração e empenho em orientar-me a tornar realidade esse trabalho.

Aos doutores nomeados para banca examinadora, a Professora Rosimere Ferreira Santana, o Professor Marcos Antônio Gomes Brandão, a Professora Priscilla Alfradique de Souza e a Professora Barbara Martins Corrêa da Silva, eleitos com cuidado e carinho, que foram os motivadores para o desenvolvimento desta tese, pelos ensinamentos, sugestões, orientações pertinentes e sábias, agradeço por tê-los em meu caminho.

Aos doutores suplentes da banca examinadora, a Professora Claudia Feio da Maia Lima e a Professora Frances Valéria Costa e Silva por dedicarem parte do seu tempo.

Agradeço em especial a minha amiga e Professora Priscilla Alfradique de Souza, que conheci por intermédio da minha querida orientadora Célia Pereira Caldas, por também acreditar nas minhas inquietações e estar disponível em todos os momentos que precisei.

Ao corpo docente, coordenação, alunos/colegas e colaboradores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela oportunidade que concedeu em poder dar continuidade na minha formação profissional.

Aos colaboradores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ (PPGENF) que me atenderam sempre com boa vontade e dispostos a colaborar.

Agradeço a minha família por compreenderem minhas ausências e me apoiarem em todos os passos, em especial na pessoa da minha mãe, Edilma Costa Barreto, que me serviu de estímulo para lutar por esta e tantas outras vitórias.

Muitas pessoas colaboraram direta e indiretamente para que eu obtivesse êxito na concretização desta pesquisa e não seria possível enumerá-las neste espaço.

Enfim, obrigada a todas as pessoas que fizeram parte desta árdua e gratificante trajetória da minha vida!

A única forma de chegar ao impossível, é acreditar que é possível.

Lewis Carroll

RESUMO

CARDOSO, Rosane Barreto. **Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável**. 2020. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O objetivo geral deste estudo foi desenvolver e validar um diagnóstico de enfermagem (DE) voltado à promoção do envelhecimento saudável. Trata-se de um estudo metodológico idealizado em quatro etapas: revisão integrativa (RI) da literatura, seguindo os critérios de Mendes, Silveira e Galvão (2008); análise conceitual de Walker e Avant (2019); validação de conteúdo por especialistas, de acordo com os critérios de Fehring (1987, 1994) e elaboração da estrutura diagnóstica para submissão à taxonomia NANDA Internacional (NANDA-I). A RI subsidiou a identificação do uso do conceito de envelhecimento saudável na perspectiva de 36 autores, sendo possível a identificação dos elementos da análise conceitual de envelhecimento saudável. Na análise conceitual foram identificados sete atributos (ausência de comprometimento físico, ausência de comprometimento cognitivo, ausência de doença, bem-estar psicológico, engajamento social, boa autopercepção de saúde e ausência de dor limitante de função), sete antecedentes (capacidade para realizar as atividades de vida diária, estilo de vida saudável, bom nível educacional, resiliência, apoio familiar, apoio espiritual e autocuidado) e três consequentes (qualidade de vida, independência e autonomia). A análise conceitual fundamentou a elaboração da proposta inicial do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", que estruturou o instrumento de coleta de dados da etapa de validação de conteúdo por especialistas. Nesta etapa os enfermeiros peritos perpassaram por 18 avaliações, sendo:1 para o título, 1 para a definição, 1 para o domínio, 2 para a classe e 13 para as características definidoras do DE proposto. O índice geral de validação do diagnóstico foi de 0,81, sendo considerado válido para a taxonomia NANDA-I. A validação de conteúdo por especialistas foi fundamental para as adequações dos elementos do diagnóstico proposto, que subsidiou a elaboração da estrutura diagnóstica que será submetida posteriormente à NANDA-I. O estabelecimento do DE "Disposição para envelhecimento saudável" poderá proporcionar ao enfermeiro a identificação do fenômeno envelhecimento saudável em sua prática clínica. Assim, como subsidiar o enfermeiro na implementação de intervenções que promovam a manutenção da capacidade funcional e cognitiva, o bem-estar psicológico e espiritual, e o engajamento social, visando um envelhecimento saudável com qualidade de vida.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Saúde do Idoso. Terminologia Padronizada em Enfermagem. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

CARDOSO, Rosane Barreto. **Development and validation of nursing diagnosis content aimed at promoting healthy aging**. 2020. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The general objective of this study was to develop and validate a nursing diagnosis (ND) aimed at promoting healthy aging. This is a methodological study idealized in four stages: integrative literature review (LR), following the criteria of Mendes, Silveira and Galvão (2008); conceptual analysis by Walker and Avant (2019); content validation by specialists, according to Fehring's criteria (1987, 1994) and elaboration of the diagnostic structure for submission to the NANDA-I international (NANDA-I) taxonomy. LR supported the identification of the use of the concept of healthy aging from the perspective of 36 authors, making it possible to identify the elements of the conceptual analysis of healthy aging. In the conceptual analysis, seven attributes were identified (absence of physical impairment, absence of cognitive impairment, absence of illness, psychological well-being, social engagement, good self-perception of health and absence of pain limiting function), seven antecedents (ability to perform activities of daily living, healthy lifestyle, good educational level, resilience, family support, spiritual support and self-care) and three consequences (quality of life, independence and autonomy). The conceptual analysis was the basis for the elaboration of the initial proposal for the diagnosis “Readiness for healthy aging”, which structured the instrument for collecting data from the content validation stage by specialists. In this stage, expert nurses went through 18 evaluations, being: 1 for the title, 1 for the definition, 1 for the domain, 2 for the class and 13 for the defining characteristics of the proposed ND. The overall diagnostic validation index was 0.81, which is considered valid for the NANDA-I taxonomy. The content validation by specialists was essential for the adequacy of the elements of the proposed diagnosis, which supported the elaboration of the diagnostic structure that will be submitted later to NANDA-I. The establishment of the “Readiness for healthy aging” ND can provide nurses with an identification of the healthy aging phenomenon in their clinical practice. Thus, how to subsidize the nurse in the implementation of interventions that promote the maintenance of functional and cognitive capacity, psychological and spiritual well-being, and social engagement, aiming at a healthy aging with quality of life.

Keywords: Nursing Process. Nursing Diagnosis. Elderly Health. Standardized Nursing Terminology. Geriatric Nursing.

RESUMEN

CARDOSO, Rosane Barreto. **Desarrollo y validación del contenido de diagnóstico de enfermería dirigido a promover el envejecimiento saludable.** 2020. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

El objetivo general de este estudio fue desarrollar y validar un diagnóstico de enfermería (DE) destinado a promover el envejecimiento saludable. Este es un estudio metodológico idealizado en cuatro etapas: revisión integral de literatura (RI), siguiendo los criterios de Mendes, Silveira y Galvão (2008); análisis conceptual de Walker y Avant (2019); validación de contenido por especialistas, según los criterios de Fehring (1987, 1994) y elaboración de la estructura de diagnóstico para su presentación a la taxonomía NANDA Internacional (NANDA-I). La RI apoyó la identificación del uso del concepto de envejecimiento saludable desde la perspectiva de 36 autores, lo que permitió identificar los elementos del análisis conceptual del envejecimiento saludable. En el análisis conceptual, se identificaron siete atributos (ausencia de deterioro físico, ausencia de deterioro cognitivo, ausencia de enfermedad, bienestar psicológico, compromiso social, buena autopercepción de la salud y ausencia de función limitante del dolor), siete antecedentes (capacidad para realizar actividades de la vida diaria, estilo de vida saludable, buen nivel educativo, resiliencia, apoyo familiar, apoyo espiritual y autocuidado) y tres consecuencias (calidad de vida, independencia y autonomía). El análisis conceptual fue la base para la elaboración de la propuesta inicial para el diagnóstico "Disposición para el envejecimiento saludable", que estructuró el instrumento para la recopilación de datos de la etapa de validación de contenido por parte de especialistas. En esta etapa, las enfermeras expertas realizaron 18 evaluaciones, siendo: 1 para el título, 1 para la definición, 1 para el dominio, 2 para la clase y 13 para las características definitorias del DE propuesto. El índice general de validación diagnóstica fue de 0,81, que se considera válido para la taxonomía NANDA-I. La validación del contenido por parte de especialistas fue esencial para la adecuación de los elementos del diagnóstico propuesto, lo que apoyó la elaboración de la estructura de diagnóstico que se presentará más tarde a NANDA-I. El establecimiento de la "Disposición para el envejecimiento saludable" DE puede proporcionar a las enfermeras una identificación del fenómeno del envejecimiento saludable en su práctica clínica. Por lo tanto, cómo subsidiar a la enfermera en la implementación de intervenciones que promuevan el mantenimiento de la capacidad funcional y cognitiva, el bienestar psicológico y espiritual y el compromiso social, con el objetivo de un envejecimiento saludable con calidad de vida.

Palabras clave: Proceso de enfermería. Diagnóstico de enfermería. Salud de los ancianos. Terminología de enfermería estandardizada. Enfermería Geriátrica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Síntese do conceito de envelhecimento saudável	30
Figura 2 –	Quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida.....	32
Figura 3 –	Síntese do conceito de SAE, PE e aplicação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC.....	43
Figura 4 –	Síntese dos marcos históricos do processo de enfermagem e taxonomias de enfermagem.....	47
Figura 5 –	Domínios e classes da taxonomia II da NANDA-I	52
Figura 6 –	Caminho metodológico para elaboração do diagnóstico de enfermagem	58
Figura 7 –	Fluxograma da distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados	75
Gráfico 1 –	Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme o método dos estudos(n=36)	93
Gráfico 2 –	Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme ano de publicação dos estudos (n=36)	94
Figura 8 –	Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme países de desenvolvimento dos estudos.....	94
Figura 9 -	Síntese da elaboração do diagnóstico de enfermagem "Disposição para promoção do envelhecimento saudável" a partir da análise conceitual.....	140
Figura 10 -	Composição da amostra final de enfermeiros peritos	141
Figura 11 -	Ilustração da estrutura do título do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável"	147
Figura 12 -	Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I	179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Dez prioridades para uma década de ação sobre o envelhecimento saudável.....	33
Quadro 2 –	Geração histórica do processo de enfermagem	36
Quadro 3 –	Principais taxonomias e elementos da prática de enfermagem.	40
Quadro 4 –	Edições da NANDA-I.....	50
Quadro 5 –	Eixo multiaxial dos diagnósticos da taxonomia da NANDA-I..	51
Quadro 6 –	Componentes dos diagnósticos da taxonomia NANDA-I	53
Quadro 7 –	Categoria ou tipo de diagnósticos da taxonomia NANDA-I.....	54
Quadro 8 –	Etapas da revisão integrativa da literatura.....	59
Quadro 9 –	Critérios para seleção de peritos	65
Quadro 10 –	Critérios aplicados para seleção dos peritos deste estudo	65
Quadro 11 –	Bases de dados pesquisadas e respectivo descritor de busca.....	74
Quadro 12 –	Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa da literatura.....	77
Quadro 13 –	Artigos que contemplaram a RI, com título, nome dos autores e ano de publicação.....	91
Quadro 14 –	Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa.....	95
Quadro 15 –	Distribuição dos atributos críticos do conceito de “envelhecimento saudável” e suas respectivas definições conceituais (n=36)	102
Quadro 16 –	Distribuição e respectivas definições dos antecedentes do conceito de envelhecimento saudável (n=36)	108
Quadro 17 –	Distribuição e respectivas definições das consequências do resultado do conceito de envelhecimento saudável (n=36)	112
Quadro 18 –	Elementos conceituais de envelhecimento saudável e possíveis instrumentos para estratificação	115
Quadro 19 –	O Miniexame do estado mental (MEEM).....	117
Quadro 20 –	Escala de depressão geriátrica (GDS 5 e GDS15 questões)	118

Quadro 21 – Escala de desenvolvimento pessoal (EDEP)..... 119
Quadro 22 – Escala de suporte social instrumental e expressivo (IESS)..... 120
Quadro 23 – Questionário "*Geriatric Pain Measure*" 122
Quadro 24 – Escala de avaliação das AIVD 123
Quadro 25 – Índice de Katz 124
Quadro 26 – Mini avaliação nutricional MNA..... 125
Quadro 27 – *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*……... 127
Quadro 28 – Escala de resiliência 128
Quadro 29 – Escala de APGAR Familiar..... 130
Quadro 30 – Escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro 131
Quadro 31 – Escala de avaliação da capacidade de autocuidado 132
Quadro 32 – *Short Form Health Survey* 12 (SF-12) …….. 134
Quadro 33 – *World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD) ……... 136
Quadro 34 – Título do diagnóstico "Disposição para promoção do envelhecimento saudável" e eixos da taxonomia NANDA-I 138
Quadro 35 – Diagnóstico de enfermagem, definição e nível de evidência da classe 1 do domínio 1 da taxonomia NANDA-I 150
Quadro 36 – Diagnóstico de enfermagem, definição e nível de evidência da classe 2 do domínio 1 da taxonomia NANDA-I..... 151
Quadro 37 – Níveis de evidência (LOE) dos diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I 153
Quadro 38 – Definição do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas..... 154
Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas..... 158
Quadro 40 – Características definidoras, definições e instrumentos para avaliação..... 168

Quadro 41 – Comparação do diagnóstico de enfermagem proposto "Disposição para o envelhecimento saudável" com o "Disposição para controle da saúde melhorado (00162)" da NANDA-I 172
Quadro 42 – Proposta de intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", conforme características definidoras 174

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Região de atuação profissional dos enfermeiros peritos selecionados..... 142

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros peritos selecionados (n=74) 143

Tabela 3 – Pontuação obtida pelos enfermeiros peritos (n=74) 144

Tabela 4 – Titulação e critérios de avaliação dos enfermeiros peritos selecionados (n=74) 145

Tabela 5 – Distribuição da média aritmética simples, da média ponderada e do desvio padrão dos elementos analisados pelos peritos para o diagnóstico proposto..... 146

Tabela 6 – Características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” validadas pelos enfermeiros peritos..... 156

Tabela 7 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” quanto a “indicadores maiores”, “indicadores menores” e “indicadores inadequado” 163

Tabela 8 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável”, quanto ao julgamento de avaliação dos enfermeiros peritos..... 164

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ASA-A	*Appraisal of Self-Care Agency Scale*
AUDIT	*Alcohol Use Disorder Identification Test*
CCC	*Clinical Care Classification*
CD	Característica definidora
CDV	*Clinical Diagnostic Validity*
CHAI	*Chinese Healthy Aging Index*
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIF	Classificação Internacional de Função
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	*Diagnostic Content Validation*
DE	Diagnóstico de Enfermagem
EACAC	Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado
EDEP	Escala de Desenvolvimento Pessoal
EEPP-R	Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro
ER	Escala de Resiliência
GDS	*Geriatric Depression Scale*
GEPESI	Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Idoso
GPM	*Geriatric Pain Measure*
HHCC	Classificação de Assistência Médica Domiciliar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICNP	*International Classification for Nursing Practice*
IESS	Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo

ISO	*International Standards Organization*
IVC	Índice de validade de conteúdo
LOE	*Level of evidence*
MAE	Metodologia da Assistência de Enfermagem
MEDLINE	*Medical Literature and Retrieval System Online*
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MNA	Mini Avaliação Nutricional
MS	Mistério da Saúde
NANDA-I	NANDA Internacional
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação de Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNI	Política Nacional do Idoso
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SF	*Short Form Health Survey*
SPWB	*Scales of Psychological Well-Being*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnATI EACH	Universidade Aberta da Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades
VCD	Validação de Conteúdo de Diagnóstico
WHO	*World Health Organization*
WHOQOL	*World Healh Organization Quality of Life Questionnaire*
WHOQOL-OLD	*World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults*

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1	**REFERENCIAL TEMÁTICO**	28
1.1	**Envelhecimento saudável**	28
1.2	**Processo de enfermagem e as taxonomias de enfermagem**	34
1.3	**Diagnósticos de enfermagem e taxonomia NANDA-I**	48
2	**METODOLOGIA**	57
2.1	**Primeira etapa metodológica: revisão integrativa de literatura**	59
2.2	**Segunda etapa metodológica: análise de conceito segundo Walker e Avant**.....	60
2.3	**Terceira etapa metodológica: validação de conteúdo por especialistas**.....	63
2.3.1	Critérios para recrutamento dos enfermeiros especialistas	67
2.3.2	Critérios de amostragem e amostra dos enfermeiros especialistas	67
2.3.3	Critérios de seleção dos enfermeiros especialistas	68
2.3.4	Instrumento de coleta de dados	69
2.3.4.1	Pré-teste do instrumento de coleta de dados	70
2.3.5	Coleta de dados	70
2.3.6	Tratamento e análise dos dados	71
2.3.7	Aspectos éticos	72
2.4	**Quarta etapa metodológica: estrutura diagnóstica proposta conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da NANDA-I**	72
3	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	73
3.1	**Resultados e discussão: revisão integrativa da literatura**	73
3.2	**Resultados e discussão: análise conceitual**	100
3.3	**Resultados e discussão: proposta de título, definição e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável, a partir da análise conceitual**	137
3.4	**Resultados e discussão: validação de conteúdo dos elementos do novo diagnóstico de enfermagem a partir da avaliação de especialistas**.....	141
3.4.1	Caracterização dos enfermeiros peritos	141
3.4.2	Validação dos elementos propostos para o diagnóstico de enfermagem	145

3.4.3 Considerações finais da validação de conteúdo por especialistas 170
3.5 **Resultados e discussão: estrutura diagnóstica proposta conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da taxonomia NANDA-I**..... 171
CONSIDERAÇÕES FINAIS 185
REFERÊNCIAS 187
APÊNDICE - Instrumento de caracterização dos peritos e análise de validação dos elementos do diagnóstico proposto 213
ANEXO A – Protocolo de submissão da taxonomia NANDA-I..... 229
ANEXO B – Resposta de parecer do comitê de ética 230

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Interesse e problemática do estudo

O envelhecimento populacional chama atenção pela heterogeneidade e multidimensionalidade, sendo influenciado por aspectos socioculturais, políticos, econômicos, epidemiológicos e subjetivos (FONG, 2019; UNITED NATIONS, 2019). O envelhecimento é um processo que deve ser vivido de forma saudável e demanda ações de promoção de saúde para um envelhecer com qualidade de vida. Este estudo teve o propósito de desenvolver e validar um diagnóstico de enfermagem (DE) voltado à promoção do envelhecimento saudável.

O aumento global do número de idosos vem acompanhado de declínio funcional e vulnerabilidade a condições crônicas (FONG, 2019; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b), o que exige maiores esforços na implementação de ações de promoção do envelhecimento saudável, que contribuam para um envelhecer com qualidade de vida.

Logo, o crescimento da população idosa traz implicações substanciais para o cuidado de enfermagem na necessidade de oferta de cuidados específicos requeridos pela cronicidade, complexidade e particularidade deste grupo etário, implicando em demandas crescentes para o sistema de saúde e sociedade (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015; ALVAREZ; SANDRI, 2018; DIAS; GAMA; TAVARES, 2017; WANDERLEY et al., 2019).

A promoção da saúde é uma das premissas do cuidado do enfermeiro. Seu papel como um profissional promotor de saúde é realizar a gestão do cuidado, com vistas a melhorar a assistência à saúde da população em todos os níveis de atenção (SALMOND; ECHEVARRIA, 2017). O enfermeiro possui competência para o engajamento eficaz em práticas de promoção da saúde necessárias para desenvolver ações voltadas a manutenção da capacidade funcional, independência e autonomia da pessoa idosa (MESQUITA; CAVALCANTE; SIQUEIRA, 2016; SANTOS, et al., 2014; TAVARES; CAMACHO; MOTA, 2017).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias destinadas a capacitar os indivíduos (pessoa, família, grupos e comunidade) para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes (o ambiente

social, econômico e físico, e as características e comportamentos individuais da pessoa). Sendo promovido por meio do fortalecimento das habilidades e capacidades individuais e coletivas de mudança das condições que afetam a saúde, não se concentrando apenas no tratamento e na cura de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, 2016c).

Em 2015, a OMS lançou o relatório mundial sobre envelhecimento e saúde com o foco central na promoção do envelhecimento saudável, relatando:

> Este relatório descreve um quadro de saúde pública para a ação que é construída sobre o conceito de Envelhecimento Saudável. Esta resposta social ao envelhecimento da população exigirá uma transformação dos sistemas de saúde longe dos modelos curativos baseados em doença e para a prestação de cuidados integral e centrados em adultos maiores. Exigirá o desenvolvimento, às vezes do zero, de sistemas abrangentes de cuidados de longo prazo. Também exigirá uma resposta coordenada de outros diversos setores e múltiplos níveis de governo. Deve ser construído sobre uma mudança fundamental em nossa compreensão sobre o envelhecimento para uma que tenha em conta a diversidade das populações maiores e responda às desigualdades que muitas vezes estão subjacentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 25).

Alguns estudos (CAMPOS et al., 2016; MANASATCHAKUN et al., 2018; MEDEIROS et al., 2015; TAVARES, et al., 2017) sobre envelhecimento saudável já foram realizados pela enfermagem gerontólogica. Estes estudos abordaram questões relacionadas ao perfil epidemiológico, aspecto do processo do envelhecimento e significado de envelhecimento saudável. Mas, torna-se necessário sintetizar esse conhecimento, de maneira que auxilie os enfermeiros na sua prática clínica para desenvolvimento de ações com foco na promoção da saúde do idoso.

No contexto do cuidado, os fenômenos de particular preocupação para os enfermeiros são as respostas humanas individuais, familiares e/ou em grupo aos problemas de saúde reais, potenciais ou processos de vida (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na prática clínica as terminologias de enfermagem, em particular, os diagnósticos de enfermagem (DE) têm sido utilizados para fornecer conceitos claros e definições de fenômenos de enfermagem, a fim de conduzir ações e melhorar o cuidado prestado pelos enfermeiros. O uso do DE pode contribuir para a promoção da saúde do idoso ao auxiliar o enfermeiro a definir e organizar o conhecimento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Dessa forma, temos a taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I) que desenvolve, depura e promove uma terminologia que reflete os julgamentos clínicos do enfermeiro que subsidia a sua atuação clínica.

O sistema de classificação de diagnósticos da NANDA-I vem sendo utilizado mundialmente pelos enfermeiros. Existe um desafio mundial de universalizar a linguagem

utilizada por enfermeiros para designar o que identificam, cuidam e avaliam em seus pacientes, a fim de dar visibilidade ao saber da atuação da enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013; CAVALCANTE et al., 2016; LARIJANI; SAATCHI, 2019; SILVA; SANTOS; ROCHA, 2014; URUYA et al., 2011).

Os DE constituem um julgamento clínico que leva em conta as respostas humanas a determinadas condições de saúde e processos vitais que podem representar um risco para a saúde de um indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Na taxonomia NANDA-I (2018-2020) os diagnósticos podem ser voltados a um problema, um risco potencial, síndrome ou a um estado de promoção da saúde.

Na prática clínica, muitas vezes o enfermeiro se depara com o gerenciamento de problemas de uma maneira fragmentada e acaba supervalorizando as ações que envolvem a cura da doença ou sintoma, o que não é exatamente o objetivo da abordagem de enfermagem como área de conhecimento.

É muito importante que o enfermeiro assuma a sua responsabilidade na promoção da saúdo do idoso. No entanto, ainda não está aparente na classificação NANDA-I (2018-2020) um DE específico direcionado integralmente a promoção do envelhecimento saudável. Por vezes é necessário que o enfermeiro fragmente o cuidado pontuando vários DE e priorizando apenas alguns para trabalhar isoladamente. Isso pode implicar na integralidade das ações de enfermagem para o fortalecimento e desenvolvimento de habilidades e capacidades do indivíduo, para um envelhecer com autonomia e independência.

Na décima edição da taxonomia NANDA-I (2015-2017) foram publicados dois novos DE, a saber: síndrome do idoso frágil (00257) e risco de síndrome do idoso frágil (00231). Esses diagnósticos contribuíram na qualificação da assistência de enfermagem gerontológica, possibilitando ao enfermeiro estabelecer resultados a serem alcançados com intervenções preventivas ou curativas, para amenizar os desfechos e grau de comprometimento de fragilidade do idoso (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Estes novos DE certamente ampliaram a visão do enfermeiro na prevenção da fragilidade do paciente idoso, mas não abarcaram totalmente as ações de promoção de saúde com foco no desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, conforme preconiza a OMS (2015).

As ações de promoção da saúde permitem que as pessoas aumentem o controle sobre sua própria saúde (MALTA et al., 2018; MESQUITA; CAVALCANTE; SIQUEIRA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), são estratégias cada vez mais importantes para

a sociedade, visto o crescente envelhecimento da população. Do ponto de vista gerontológico, essas ações devem envolver a promoção do envelhecimento saudável, como preconizado no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b).

Com o expressivo envelhecimento populacional e a necessidade de ações voltadas a promoção da saúde, é coerente o desenvolvimento de um DE que contribua para a promoção do envelhecimento saudável. O DE é um elemento da prática clínica da enfermagem que possibilita individualizar e integralizar o cuidado, e serve como base para implementação do plano de intervenções de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Com a apropriada conceituação clínica, identificação da resposta humana de motivação ou condição para promoção da saúde conduzido por um DE, acredita-se que os cuidados de enfermagem sejam implementados adequadamente para a promoção do envelhecimento saudável.

Estudos (DANTAS; SILVA; NOBREGA, 2018; GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016; SANTANA et al., 2018) apoiam a relevância da validação de conteúdo de diagnósticos, qualificando-os segundo a taxonomia II da NANDA-I, a fim de torná-los fontes essenciais na busca de evidências e redução de probabilidade de erros no processo diagnóstico e tomada de decisão na prática clínica do enfermeiro.

Diante do exposto, emergiu a motivação para o desenvolvimento e validação de conteúdo de um DE em consonância com as premissas do relatório mundial do envelhecimento e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b), voltado a promoção do envelhecimento saudável.

Problema de pesquisa

Como o conceito de envelhecimento saudável está representado na literatura científica, com vista para o desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem? Quais são os atributos, antecedentes e consequentes, e respectivas definições conceituais e operacionais para envelhecimento saudável?

Objetivo geral

Desenvolver e validar o conteúdo de um diagnóstico de enfermagem voltado a promoção do envelhecimento saudável.

Objetivos específicos

Identificar o uso do conceito de envelhecimento saudável por meio de revisão integrativa da literatura científica.

Analisar o conceito de envelhecimento saudável por meio da análise conceitual proposta por Walker e Avant (2019).

Propor título, definição e características definidoras ao novo diagnóstico de enfermagem, a partir da análise conceitual.

Validar o conteúdo dos componentes (título, definição e características definidoras) do diagnóstico de enfermagem proposto, a partir da avaliação de especialistas.

Elaborar a estrutura diagnóstica conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnóstico da taxonomia NANDA-I (2018-2020).

Pressuposto

É possível desenvolver um diagnóstico de enfermagem em consonância com a proposta do relatório mundial do envelhecimento e saúde da OMS (2015), que viabilize aos enfermeiros estratégias para a detecção da necessidade de promoção do envelhecimento saudável**.**

Justificativa e Relevância

Envelhecimento populacional e o papel da enfermagem

O envelhecimento populacional é um relevante fenômeno mundial. As projeções para 2050, estimam que a população mundial terá 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais, a maioria delas em países em desenvolvimento. Para essa faixa etária, 65% do aumento global entre 2017 e 2050 (962 milhões para 2,1 bilhões) ocorrerá na Ásia, 14 % na África, 11 % na América Latina e no Caribe, e os 10 % restantes nas demais áreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b; UNITED NATIONS, 2019).

Segundo as Nações Unidas, globalmente a expectativa de vida aumentou 5,5 anos, de 66,5 para 72 anos entre 2000 a 2016. Na África a expectativa de vida aumentou 6,6 anos, entre 2010-2015 foi de 60,2 anos, na Ásia de 71,8, 74,6 na América Latina e no Caribe, 77,2

na Europa, 77,9 na Oceania e 79,2 anos na América do Norte. (UNITED NATIONS, 2019). A proporção de idosos no mundo está projetada para atingir quase 12 % em 2030, 16 % em 2050 e pode atingir quase 23 % até 2100 (UNITED NATIONS, 2019).

De acordo com a OMS, em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para os homens e 86 para as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b; UNITED NATIONS, 2019).

Na Europa, 25% da população já têm 60 anos ou mais, em 2050 estima-se aumento para 35%. Na América Latina e no Caribe, em 2025, a população com 60 anos ou mais passará de 12% para 25%, na América do Norte, de 22% para 28%, na Ásia deverá passar de 12% para 24%, na Oceania, de 17% para 23%, na África, de 5% para 9% no mesmo período (UNITED NATIONS, 2019).

No Brasil, uma estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que entre 2005 e 2015, a proporção de idosos com 60 anos ou mais passou de 9,8% para 14,3%, e em 2030 esta proporção será de 18,6% e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2016). Entre 1940 e 2015, o índice de expectativa de vida no Brasil para ambos os sexos teve aumento de 30 anos e passou de 45,5 anos para 75,5 anos (IBGE, 2016).

Dentre as características mais aparentes do envelhecimento populacional, destacam-se o aumento da proporção de idosos acima de 80 anos entre os próprios idosos e a feminização. Os idosos com mais de 80 anos compõem uma população bastante distinta dos idosos entre 60 a 70 anos, devido à maior prevalência de doenças crônicas degenerativas e ao grau de dependência funcional (ALMEIDA et al., 2015; MINAYO; FIRMO, 2019).

O envelhecimento populacional traz uma série de implicações que comprometem direta ou indiretamente diferentes esferas da sociedade, a saber: esfera social (composição familiar, arranjos domiciliares e relações intergeracionais), esfera econômica (poupança, investimento, consumo, mercado de trabalho, sistemas de aposentadorias e pensões) e esfera política (influência sobre os padrões de votação e de representação política) (CALDAS et al., 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; PEREZ; TOURINHO CARVALHO JÚNIOR, 2016; VERAS, 2015a, 2015b).

O envelhecimento vem acompanhado por alterações biopsicossociais e predisposição a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dependência, declínio funcional, quedas,

hospitalização, institucionalização, perda da autonomia e independência, comprometendo a qualidade de vida (FERREIRA et al., 2017; SILVA et al., 2017).

Estima-se que na América Latina 80% da população com 60 anos ou mais tenham pelo menos uma DCNT. As DCNT se apresentam como um dos problemas globais de saúde e são as principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo, sendo considerados fatores de impacto negativo para o envelhecimento populacional (SILVA et al., 2017; SILVEIRA et al., 2013).

No Brasil, dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, são as principais doenças responsáveis pelas causas de mortes em indivíduos com idade superior a 70 anos (DATASUS, 2017; IBGE, 2016).

Os idosos apresentam um perfil de morbidade mais oneroso, pelo fato de maior vulnerabilidade a eventos adversos, instalação de doenças prevalentes de longo curso que oferecerem ameaça à independência e autonomia. Consequentemente, aumenta o uso dos serviços de saúde, elevando as taxas de internação com custo médio maior do que observado em faixas etárias mais jovens (CASTRO et al, 2023; NUNES, B. et.al, 2017; SILVEIRA et al., 2013).

Este novo perfil populacional, principalmente no Brasil, exige ações de saúde inovadoras para o cuidado aos que envelhecem, em todos os níveis de atenção à saúde. A longevidade precisa ser acompanhada de hábitos saudáveis que previnam o idoso de situações adversas que comprometam sua capacidade funcional e qualidade de vida (FERREIRA et al., 2017; JANINI; BESSLER; VAGAS, 2015; VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Para tanto, é fundamental o planejamento de políticas públicas de saúde voltadas às estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças que contribuam para otimização da capacidade funcional e diminuição do risco da perda de autonomia e independência do idoso.

Os requerimentos orientados para a promoção de um envelhecimento saudável têm incentivado iniciativas regionais e globais. Desde da década de 90 a OMS, vem lançando desafios para promover a saúde e a qualidade de vida da população que envelhece. O tema foi o foco central do relatório mundial sobre envelhecimento e saúde da OMS, publicado em 2015. O relatório prioriza a promoção do envelhecimento saudável, proporcionando não somente o aumento da expectativa de vida, mas sim a promoção da saúde e qualidade de vida.

O relatório engloba uma visão da velhice como um processo natural do ciclo de vida que deve ser vivenciado com autonomia, independência, reconhecimento de direitos,

segurança, dignidade, bem-estar e saúde. Tal fato se dá a fim de manter a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida dos idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades biopsicossociais e a obtenção dos objetivos que se desejam por meio de estratégias propostas pelos profissionais da área da saúde em parceria com o indivíduo (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Nesta perspectiva, é fundamental que os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, assumam o compromisso de oferecer à população um cuidado que priorize aspectos para a promoção do envelhecimento saudável. No entanto, mesmo com as designações desta política torna-se necessária a consolidação de estratégias que contemplem em seus desenhos metodológicos, a complexidade do fenômeno do envelhecimento saudável na prática de enfermagem.

Promoção da saúde da pessoa idosa e o processo de enfermagem

A promoção da saúde tem-se destacado mundialmente como uma importante ferramenta na busca da construção do conceito ampliado de saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida da população. A enfermagem possui um papel importante no processo de promoção da saúde do idoso, pois apresenta aptidão técnica e científica para avaliar, promover intervenções e acompanhar as condições de saúde biopsicossociais do indivíduo (CARVALHO et al., 2018; CASTRO et al. 2018; JANINI; BASSLER; VARGAS, 2015; VALCARENGHI et al., 2015).

Estudos (ALVAREZ; SANDRI, 2018; CANHESTRO; BASTO, 2016; CASAGRANDE et al., 2015; CESTARI et al., 2016; DIAS et al., 2014; KEMPPAINEN; TOSSAVAINEN; TURUNEN, 2013; SANTOS et al., 2014; VALCARENGHI et al., 2015) apontam a relevância das ações de enfermagem para promoção da saúde, que além de proporcionarem o estabelecimento físico contribuem para construção da independência, autonomia, autocuidado e autoestima do idoso. A partir dos problemas identificados, o enfermeiro pode apresentar intervenções que modifiquem e/ou melhorem a vida do indivíduo.

O processo de enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem, que possibilita a identificação das respostas do indivíduo aos

problemas de saúde e/ou processos vitais que exigem intervenções. Possibilitando a implementação adequada de um plano de cuidados à população idosa (BARROS et al., 2015).

A operacionalização do PE apresenta maior embasamento teórico com o uso dos sistemas de classificação de enfermagem (BARROS et al., 2015; CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013; LUCENA; ALMEIDA, 2010). As taxonomias de enfermagem como a NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), *Nursing Interventions Classification* (NIC) (MOORHEAD et al., 2016) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD et al., 2016) são ferramentas que facilitam o registro, a comunicação e a qualificação da assistência de enfermagem.

Observa-se que o uso de diagnósticos de enfermagem na prática clínica tem sido uma estratégia inovadora para o direcionamento adequado da assistência de enfermagem (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016; NOGUEIRA, 2016; SOUZA; SANTANA, 2011; VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018).

A taxonomia NANDA-I é composta por um grupo de diagnósticos abrangentes, sendo internacionalmente utilizada por enfermeiros (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Observa-se nesta terminologia a crescente preocupação em introduzir DE para direcionar e atender as necessidades da população que está envelhecendo.

Compreendendo que os DE são elementos fundamentais do PE (BARROS et al., 2015; NOGUEIRA, 2016; SOUZA; SANTANA, 2011; VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018) e consequentemente para implementação de ações de promoção da saúde, é importante incentivar discussões sobre a temática para aprimoramento da assistência de enfermagem as necessidades de saúde da população que está envelhecendo.

A precisão e a relevância das ações de enfermagem dependem da sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto as causas que levaram a necessidade de intervenções. Pelo julgamento clínico correto é possível prever os diagnósticos e, portanto, planejar cuidados que previnam problemas e promovam a saúde (BARROS et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O desenvolvimento de um DE voltado a promoção do envelhecimento saudável, possibilitará o esclarecimento do fenômeno na prática clínica do enfermeiro, possibilitando o planejamento de cuidados adequados a população que está envelhecendo. Assim como oportunizar ao enfermeiro repensar estratégias de promoção da saúde voltadas a população que está envelhecendo, assumindo um compromisso com a população de promoção do envelhecimento saudável, conforme preconizado pela OMS (2015b).

Para a enfermagem, a relevância do estudo se justifica pelo fato de instrumentalizar os enfermeiros na operacionalização do processo de enfermagem, principalmente na categoria diagnóstica, para a detecção precoce das respostas humanas inerentes aos indivíduos que envelhecem, possibilitando imprimir ao enfermeiro maior eficácia e efetividade em sua implementação de cuidados que promovam o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional da população. Assim, como resgatar a imersão do enfermeiro em ações voltadas à promoção da saúde, uma necessidade mundial.

Do ponto de vista científico, poderá promover a discussão e o estímulo à produção de trabalhos na área de gerontologia, voltados a promoção do envelhecimento saudável. Ao utilizar um sistema de classificação com uma linguagem profissional como o DE, o estudo poderá contribuir para o aprimoramento das terminologias, em especial a NANDA-I. Tal fato é ainda ratificado pela necessidade de realização de mais estudos que possibilitem a identificação e a validação de diagnósticos mais acurados, principalmente àqueles que atendam às necessidades dos indivíduos que estão envelhecendo.

Do mesmo modo, promover e divulgar estudos sobre PE voltado ao cuidado gerontológico e promoção da saúde, inserindo a temática nas atividades desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Idoso (GEPESI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Estimulando a discussão, o ensino e a pesquisa juntamente a linha de pesquisa “Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem”, da UERJ.

Para o ensino, a relevância do estudo é pelo fato de possibilitar a qualificação da formação profissional, com direcionamento do ensino para o cuidado em gerontologia e promoção do envelhecimento saudável. Assim, como a clarificação do conceito de envelhecimento saudável para a prática clínica do enfermeiro, contribuindo para uma formação acadêmica adequada ao contexto social atual.

Quanto á relevância social, o estudo também almeja incentivar, discutir e divulgar a implementação de cuidados de enfermagem voltados a promoção do envelhecimento saudável, em consonância com o relatório mundial do envelhecimento e saúde da OMS (2015b).

1 **REFERENCIAL TEMÁTICO**

1.1 **Envelhecimento saudável**

Para uma melhor compreensão conceitual de envelhecimento saudável, é importante compreender separadamente os conceitos dos termos.

De acordo com a OMS ser saudável envolve o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A saúde é considerada o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Já o termo envelhecimento é definido de forma análoga em vários contextos.

Para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o termo envelhecimento é definido e referendado pelo Ministério da Saúde (MS) como:

> [...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração do organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 8).

O termo velhice pode ser definido como um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso, considerado como o último ciclo da vida. O envelhecimento (processo), a velhice (fase de vida) e o velho ou idoso (resultado) compõem um conjunto de elementos intimamente relacionados. Portanto, envelhecimento pode ser conceituado como um processo natural, dinâmico e progressivo, caracterizado por aspectos cronológicos e modificações morfológicas, funcionais, fisiológicas, biológicas, psicológicas e sociais que podem variar de indivíduo para indivíduo (DARDENGO; MAFRA, 2018; PAPALÉO NETTO, 2016; SGARBIERI; PACHECO, 2017).

A OMS define o idoso a partir da idade cronológica, ou seja, idosos de 60 a 74 anos; anciãos, de 75 a 89 anos; e velhice extrema, a partir dos 90 anos. Logo, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

No Brasil, pelo estatuto do idoso, mediante a Política Nacional do Idoso (PNI), sob a vigência da Lei n° 8842/94, considera-se idoso o indivíduo acima de 60 anos de idade (BRASIL, 1994).

O envelhecimento biológico, ou senescência, resulta das mudanças que ocorrem no organismo devido aos efeitos da idade avançada, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as modificações fisiológicas são as relacionadas às alterações das funções orgânicas, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de auto regulação, diminuindo a probabilidade de sobrevivência (PAPALÉO NETTO, 2016; SGARBIERI; PACHECO, 2017).

O envelhecimento psicológico está associado à diminuição e alteração dos processos cognitivos (como memória, aprendizagem, criatividade) e ao desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais que permitem ao indivíduo adaptar-se às modificações que ocorrem com a idade. Já o envelhecimento social é relativo a mudanças nos papéis sociais no contexto em que a pessoa está inserida, que coincidem com as expectativas da sociedade para este nível etário (PAPALÉO NETTO, 2016; SGARBIERI; PACHECO, 2017).

O processo de envelhecimento não é homogêneo, sendo influenciado por fatores genéticos, hábitos de vida, incidência e controle de doenças, especialmente as DCNT, condições socioeconômicas e aspectos culturais, que podem influenciar na adaptação do indivíduo ao meio ambiente (DARDENGO; MAFRA, 2018; PAPALÉO NETTO, 2016; SGARBIERI; PACHECO, 2017).

Não há uma única definição universalmente aceita para o fenômeno envelhecimento. Desde século XX uma série de teorias procuram explicar, definir e medir o processo de envelhecimento ao longo da vida. Em 1980, Rowe e Kahn (1997) sugeriram três trajetórias para o envelhecimento humano (normal, patológico e saudável), propondo uma definição clássica para o que seria então “envelhecimento saudável”.

Rowe e Kahn (1997) propõem uma definição baseada no equilíbrio entre os três componentes, a saber: baixa probabilidade de doença e incapacidade, alta capacidade funcional física e cognitiva, e engajamento ativo com a vida. A hierarquia entre os componentes é representada pela integridade das funções física e mental, que são importantes para manutenção da capacidade funcional (ROWE; KAHN, 1997).

Diferentes termos são utilizados para descrever o processo de envelhecimento no qual as consequências negativas da idade avançada possam ser adiadas, tais como:

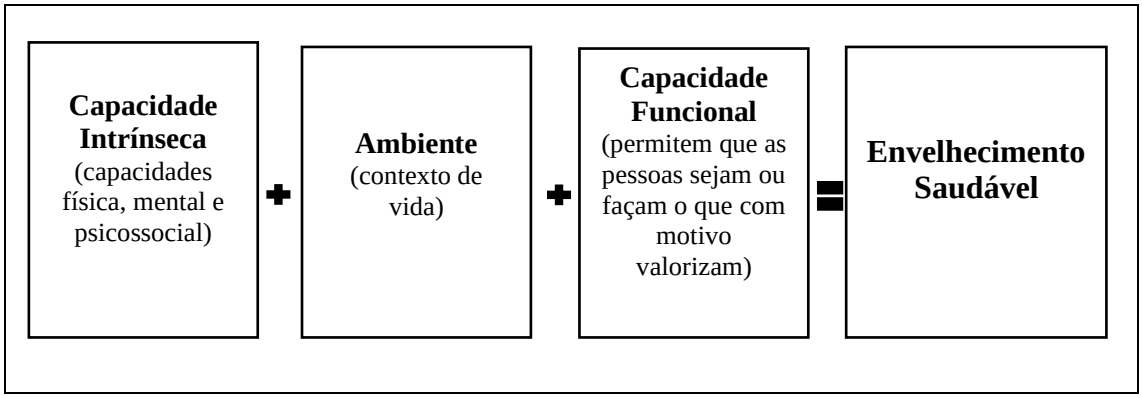
"envelhecimento bem-sucedido", tido como um processo final da vida (VITORINO; MIRANDA; WITTER, 2012) e "envelhecimento ativo", proposto em 2002 pela OMS.

A definição mais recente de "envelhecimento saudável" proposto pela OMS (2015b, p. 13) é o "[...] processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada". Este conceito foi aprovado por todos os Estados membros da OMS durante a assembleia mundial da saúde, realizada em 2016. Esta definição valoriza a trajetória de saúde ao longo da vida, em vez de se concentrar na idade cronológica e na ausência de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

O envelhecimento saudável supre o envelhecimento ativo anteriormente estruturado como uma política, em 2002, pela OMS. O conceito atual da OMS baseia-se nas habilidades biopsicossociais do indivíduo e em sua interpelação com ambiente e o bem-estar. Esse construto multidimensional é sinônimo de uma definição de boa qualidade de vida na terceira idade entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e de valores em que vive, em relação aos seus objetivos (MICHAEL; SADANA, 2017; BEARD et al., 2016; SADANA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

O conceito de envelhecimento saudável está relacionado à classificação internacional de funções, incapacidade e saúde da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), de como reconhecer a interação ao longo da vida entre um indivíduo e seu ambiente. Tendo como conceitos chaves deste construto a capacidade intrínseca, ambiente e capacidade funcional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b). Ver Figura 1.

Figura 1 - Síntese do conceito de envelhecimento saudável



Nota: Conforme proposta da OMS (2015b).
Fonte: A autora, 2020.

A capacidade intrínseca seria a articulação das capacidades físicas, mentais e psicossociais que uma pessoa pode utilizar em qualquer momento. Incluindo herança genética, características pessoais (sexo, grupo étnico etc.) e fatores de saúde incluído doenças, lesões e alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento (BEARD et al., 2016; MICHAEL; SADANA, 2017; SADANA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

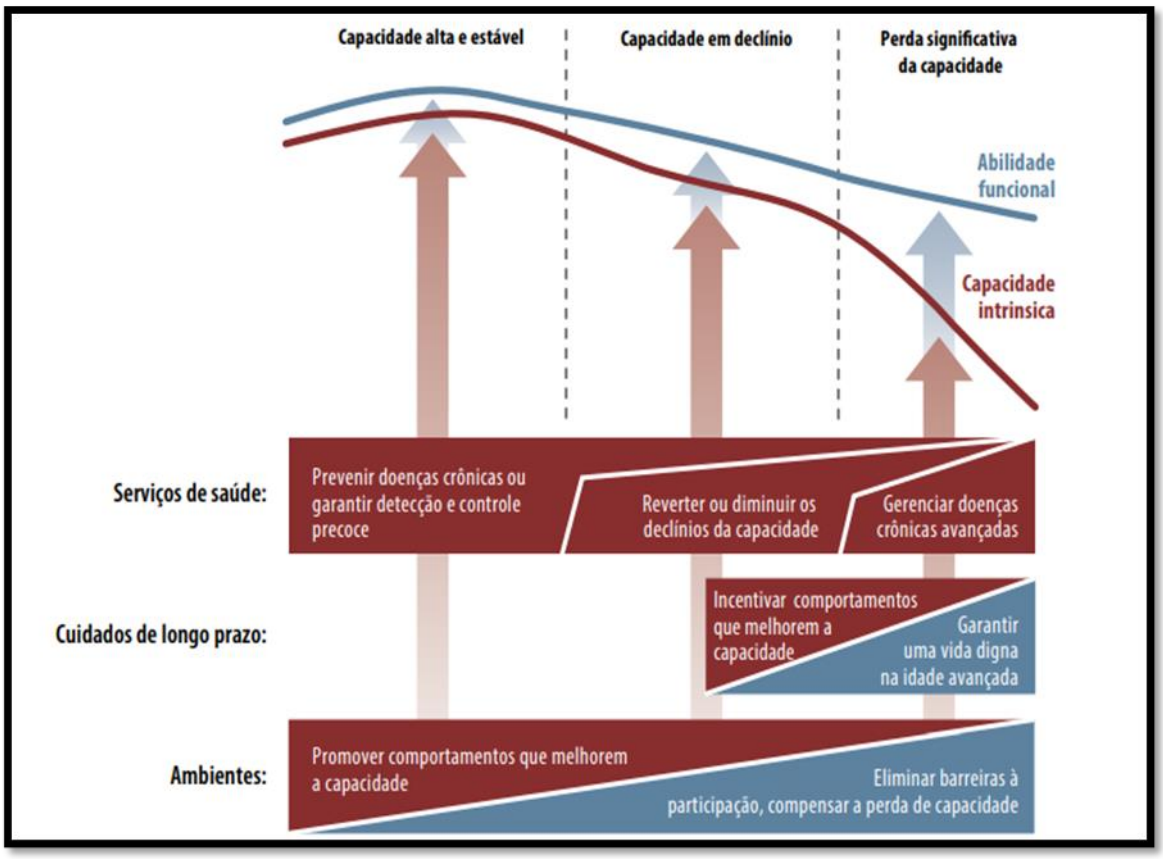
O ambiente compreende o contexto de vida, todos os fatores físicos e sociais que constituem o mundo em que vivemos (acessibilidade, pessoas e seus relacionamentos, atitudes e valores, sistemas e políticas de saúde e de apoio social) (BEARD et al., 2016; MICHAEL; SADANA, 2017; SADANA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

A capacidade funcional seria a combinação da capacidade intrínseca, características ambientais relevantes e as interações entre o indivíduo e essas características. A capacidade funcional é um atributo relacionado à saúde que consente com que as pessoas sejam ou façam o que valorizam. (BEARD et al., 2016; MICHAEL; SADANA, 2017; SADANA et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

A compreensão do envelhecimento saudável, segundo a OMS (2015b), vai além da ausência de agravos e restrição da funcionalidade do idoso, é abrangente a toda a população, mesmo para aquelas com doenças crônicas, sendo caracterizado como um processo que possibilitará a construção de habilidades para vivenciar o envelhecimento da melhor forma possível.

Usando esses conceitos, o relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b), propôs uma estrutura de saúde pública (Figura 2) que apresenta as estratégias para transformar as práticas dos sistemas de prestação de serviços de saúde centrada na doença para uma concepção mais integrada de promoção da saúde desde o nascimento até a velhice.

Figura 2 - Quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida



Nota: Relatório mundial de envelhecimento e saúde.
Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p.15.

Em 2014, os estados membros da OMS discutiram na Assembleia Mundial da Saúde o desenvolvimento de uma estratégia global abrangente e elaboraram um plano de ação sobre envelhecimento e saúde. A versão revisada da estratégia global e do plano de ação sobre envelhecimento e saúde foi discutida pela Diretoria Executiva em 27 de janeiro de 2016, em Genebra, na Suíça. Representantes de trinta Estados membros e organizações da sociedade civil participaram da discussão. A estratégia se concentra no que precisa ser feito globalmente, para que todas as pessoas possam ter uma vida longa e saudável.

A estratégia se concentra em cinco objetivos, a saber (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a): compromisso de ação sobre o envelhecimento saudável em todos os países; desenvolvimento de ambientes amigáveis aos idosos; alinhar os sistemas de saúde com as necessidades das populações mais velhas; desenvolvimento de sistemas sustentáveis e equitativos para fornecer cuidados de longa duração (lar, comunidades, instituições); melhorar a medição, monitoramento e pesquisa sobre o envelhecimento saudável.

Também foram lançadas dez prioridades que fornecem o caminho para alcançar os objetivos da estratégia global da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017) e o plano de ação sobre envelhecimento e saúde. A OMS consultou especialistas para identificar as ações que seriam transformadoras, ver Quadro 1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Quadro 1 – Dez prioridades para uma década de ação sobre o envelhecimento saudável

ESTRATÉGIA	PROPOSTA
1	Construir uma plataforma para inovação e mudança (conectando pessoas e ideias de todo o mundo).
2	Apoiar o planejamento e ação do país (para que os países obtenham as habilidades e ferramentas de que precisam para criar políticas que permitam que as pessoas tenham uma vida longa e saudável).
3	Coletar melhor os dados globais sobre envelhecimento saudável (verificar se o que é medido é feito).
4	Promover pesquisas que atendam às necessidades das pessoas idosas
5	Alinhar os sistemas de saúde às necessidades das pessoas idosas
6	Estabelecer as bases para um sistema de cuidados de longo prazo em todos os países (onde os idosos e os cuidadores recebem o cuidado e o apoio de que necessitam para viver com dignidade e desfrutar dos seus direitos humanos básicos).
7	Garantir os recursos humanos necessários para o atendimento integrado (garantindo que as pessoas e os profissionais tenham as habilidades para oferecer serviços de saúde de qualidade e de longa duração para pessoas idosas).
8	Realizar uma campanha global para combater o preconceito de idade (mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento).
9	Definir as questões econômicas para o investimento no envelhecimento saudável (melhorar a compreensão dos custos e oportunidades para o envelhecimento saudável - o ponto de partida para respostas sustentáveis, equitativas e eficazes).
10	Desenvolver a Rede Global para Cidades e Comunidades Amigas do Idoso

Nota: Elaborado a partir da cartilha 10 prioridades para uma década de ação sobre o envelhecimento saudável da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).
Fonte: A autora, 2020.

As dez prioridades para uma década de envelhecimento saudável foram publicadas em 2017, e propõe que a década 2020 a 2030 tenha como foco central ações voltadas ao

envelhecimento saudável. Mas para isso acontecer é preciso repensar o que significa envelhecer, colocando em prática as estratégias globais propostas pela OMS.

O relatório mundial do envelhecimento e saúde da OMS (2015b) traz uma visão de reorganização da maneira de como lidamos com a velhice, tanto no modo de como nos preparamos para esta fase e como a atenção que damos aos que envelhecem.

O cuidado de enfermagem também deve permear essa nova visão do fenômeno "envelhecimento saudável", com foco na promoção da saúde fortalecendo ou desenvolvendo a capacidade funcional da população que está envelhecendo, projetando uma vida longa com qualidade.

Ao elucidar o conceito de envelhecimento saudável e contextualizá-lo na prática clínica do enfermeiro, por meio do desenvolvimento de um diagnóstico, será possível instrumentalizar os enfermeiros para liderarem o desafio de promoção do envelhecimento saudável, conforme preconizado pela OMS (2015b).

1.2 **Processo de enfermagem e as taxonomias de enfermagem**

A ideia de processo de enfermagem (PE) não é nova na profissão de enfermagem. Desde o início da enfermagem moderna, com Florence Nightingale no século XIX, têm-se buscado sistematizar e organizar o cuidado de enfermagem. Ela foi pioneira na criação de métodos e organização de cuidados com o doente e o ambiente (BARROS et al., 2015).

O PE é um instrumento metodológico que direciona a organização e implementação do cuidado, assim como a aplicação prática de teorias de enfermagem. Na literatura podemos identificar outras denominações que se referem à forma de organizar a assistência, como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE). Estes são termos empregados genericamente como forma de organização do cuidado, que conceitualmente não se caracterizam como sinônimos (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

A ideia de PE surgiu nos Estados Unidos entre os educadores de enfermagem, na década de 1950, como uma ferramenta para guiar os estudantes no processo de aprendizagem de habilidades de raciocínio clínico (SANTOS, 2014).

O termo “processo de enfermagem” foi usado pela primeira vez por Lydia Hall, em 1955, durante uma conferência para designar reação/ação do enfermeiro frente ao comportamento do paciente (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011).

O nome “processo de enfermagem” surgiu oficialmente na literatura em 1961, numa publicação (desenvolvimento da Teoria do Processo de Enfermagem) da teorista de enfermagem Ida Orlando, para explicar a relação dinâmica enfermeiro/paciente (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011). O PE foi definido por Orlando como uma abordagem sistemática para o cuidado centrado no paciente, usando os princípios do pensamento crítico, das tarefas orientadas para objetivos, de recomendações baseadas em evidências e da intuição do enfermeiro (ORLANDO, 1978).

No Brasil, o PE foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, no final da década de 1960, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Ela estabeleceu seis fases do PE, sendo elas: histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem (HORTA, 1971, 1979).

Horta desenvolveu um modelo de assistência de enfermagem fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) propostas por Maslow e na classificação de Mohana (HORTA, 1971, 1979). Este modelo tem como base o conceito de hierarquia das NHB que influenciam o comportamento humano, sendo uma estrutura para condução da coleta de dados que guiará o enfermeiro na reflexão do planejamento do cuidado (HORTA, 1971, 1979).

Os modelos teóricos têm contribuído no processo de cuidar, conduzindo a observação dos fenômenos, as intervenções e os resultados de enfermagem (BARBOSA; SILVA, 2018; BRANDÃO et al., 2019).

Em uma revisão histórica, podem ser identificadas três distintas gerações do PE, representadas no Quadro 2 (SANTOS, 2014; SILVA; LUCENA, 2011). Ver Quadro 2.

Quadro 2 – Geração histórica do processo de enfermagem

PRIMEIRA GERAÇÃO (1950 a 1970) Problemas e Processo	**SEGUNDA GERAÇÃO (1970 a 1990) Diagnóstico e Raciocínio**	**TERCEIRA GERAÇÃO (1990 até os dias atuais) Especificação e Resultados**
Ênfase: Identificação e resolução de problemas. **Modelo:** apresentava quatro fases: avaliação inicial, planejamento, intervenção e avaliação.	**Ênfase:** Aos processos de pensamento para lidar com as informações dos pacientes e para tomar decisões clínicas. **Modelo**: O modelo passa a ter cinco fases, com a inclusão do DE após a coleta de dados. Início de estudos sobre sistemas de classificação de enfermagem.	**Ênfase:** Especificações e definições dos resultados esperados **Modelo**: Coleta de dados ou histórico de enfermagem, DE, planejamento, intervenção e avaliação

Fonte: A autora, 2020.

Na primeira geração do PE, compreendida entre o período de 1950 a 1970, a proposta fornecia uma estrutura para organizar o pensamento, qualificação da prática e do conhecimento de enfermagem, no sentido de que os problemas dos pacientes fossem identificados e solucionados pelos enfermeiros (ALMEIDA et al., 2011; SANTOS, 2014; SILVA; LUCENA, 2011).

A identificação do problema e a busca de sua solução, muitas vezes era roteirizada e estava relacionada a determinadas condições biomédicas. Esta situação movimentou uma reflexão quanto a necessidade de classificar e padronizar o conjunto de problemas que ocorriam em determinadas situações e que requeriam cuidados de enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; SANTOS, 2014; SILVA; LUCENA, 2011).

No final da década de 60, intensificaram as discussões entre os enfermeiros quanto a necessidade de desenvolver uma linguagem padronizada dos problemas de saúde tratados por eles. Nessa época, a enfermeira Faye Glenn Abdellah desenvolveu um sistema de classificação para identificar os vinte e um problemas de enfermagem do paciente, sendo considera a primeira classificação relevante para a prática de enfermagem (SANTOS, 2014; SILVA; LUCENA, 2011).

O elemento fundamental da teoria de Abdellah foi a identificação dos problemas relacionados a disciplina de enfermagem, o que resultou em vinte e um problemas de enfermagem, que estão relacionados ao biológico, psicológico e social do indivíduo, a saber:

dificuldade em manter higiene e conforto físico adequados (1); dificuldade em promover atividade e repouso adequados (2) e a segurança através da prevenção de acidentes, de lesões do físico e de infecção (3); dificuldade em manter a mecânica corporal correta, (4); dificuldade em facilitar e manter a oxigenação (5), a nutrição (6), a eliminação (7) e o equilíbrio hídrico e eletrolítico (8) em todos os tecidos do corpo; dificuldade em reconhecer as respostas fisiológicas, compensatórias e patológicas do corpo (9); dificuldade em facilitar e manter os mecanismos e funções reguladoras (10), função sensorial (11); dificuldade em identificar e aceitar as expressões, sentimentos, reações positivas e negativas (12), dificuldade em fazer a inter-relação entre emoções e doenças físicas (13); dificuldade em facilitar e manter comunicação verbal e não verbal eficaz (14); dificuldade em promover o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas (15); dificuldade em facilitar à obtenção de metas espirituais pessoais (16); dificuldade em criar e/ou manter um ambiente terapêutico (17); dificuldade em facilitar o autoconhecimento das suas necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento variáveis para seu bem estar(18); dificuldade em aceitar as limitações físicas e emocionais (19); dificuldade em utilizar- se dos recursos existentes na sua comunidade para resolver os problemas decorrentes da doença (20); dificuldade em compreender os problemas sociais/ambientais que influenciam a doença (21) (ABDELLAH, 1957).

Em 1966, Virginia Henderson, propôs em sua teoria (Relação Interpessoal enfermeiro-paciente) quatorze necessidades básicas como áreas de pertinência dos cuidados de enfermagem, propagando também a ideia de uma classificação de enfermagem, a saber: respirar normalmente (1); comer e beber adequadamente (2); eliminar os resíduos corporais (3); mover-se e manter posturas corretas (4); dormir e descansar (5); vestir-se e despir-se, selecionando vestuário adequado (6); manter a higiene e proteção da pele (7); evitar perigos ambientais e evitar que prejudiquem os outros (8); comunicar-se com os outros expressando , emoções, necessidades, receios e opiniões (9); viver segundo crenças e valores (10); trabalhar de formar a obter realização e satisfação (11); participar de diferentes atividades recreativas (12); aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e a saúde, utilizando os meios disponíveis (13); manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente (14) (HENDERSON, 2006).

A segunda da geração do PE, ocorreu entre 1970-1990, foi principiada pela necessidade pensamento crítico e raciocínio diagnóstico, sendo atrelada ao uso de classificações de enfermagem. O PE assume características de um processo dinâmico e

multifacetado, e passa a ter cinco etapas estabelecidas como padrão para o cuidado, com a inclusão do DE após a coleta de dados. Neste período houve uma ampla discussão sobre as vantagens e desvantagens sobre a utilização do PE, com especulação para necessidade de especificação de medidas dos resultados dos cuidados de enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011; SANTOS, 2014).

No final da década de 1980, surge a terceira geração do PE, compreendida de 1990 até os dias atuais, desviando a ênfase dos problemas e diagnósticos para os resultados dos cuidados de enfermagem. O uso das classificações de enfermagem (diagnóstico, intervenções e resultados) foram intensificadas ao PE para melhorar a dinâmica e raciocínio clínico de enfermagem, sendo empregadas tanto no ensino, na pesquisa e na prática clínica. O que possibilitou nomear e documentar, em sistema informatizados ou não, o fazer da enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; SANTOS, 2014; SILVA; LUCENA, 2011).

A partir de tais considerações, entende-se que o PE se configura como um instrumento metodológico sistematizado, uma forma organizada de cuidar, baseado na aplicação prática de uma teoria de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

No contexto legal brasileiro, o PE foi fortalecido inicialmente com a publicação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamentou a prescrição e a consulta de enfermagem como atividades privativas do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). Depois, a Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), orientou a prática da SAE no país, determinando a implementação da SAE em todas as instituições de saúde pública ou privada. Posteriormente, foi revogada pela Resolução 358/2009, que dispõe sobre a aplicação da SAE e a implementação do PE em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A Resolução 358/2009 do COFEN estabeleceu uma conceituação objetiva para o que seria SAE e PE. Pois, a SAE envolve a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos necessários para a operacionalização do PE. Já o PE é o instrumento metodológico que fornece um guia sistematizado para desenvolvimento do raciocínio que direcionara os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem. De acordo com essa resolução, o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, e organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009): coleta de dados ou histórico de

enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

A primeira fase do PE corresponde à coleta de dados (ou histórico de enfermagem) referente ao estado de saúde do paciente, sendo indicada uma coleta de dados baseada em uma teoria de enfermagem, o que proporcionará uma estrutura organizada e padronizada de dados (BARROS et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A segunda etapa do PE corresponde ao DE, que é compreendido como o julgamento clínico para analisar e interpretar criteriosamente os dados coletados na investigação diante das respostas e experiências do indivíduo (pessoa, família, grupo e/ou comunidade), sendo a base para a seleção das intervenções de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). O DE deve ser construído centrado no indivíduo de acordo com problemas de saúde reais ou problemas potenciais (que contribuem para o aumento da vulnerabilidade), e não sobre o diagnóstico médico.

Complementarmente, a terceira fase do PE envolve o planejamento da assistência de enfermagem, que consiste no estabelecimento dos resultados que se deseja alcançar, no qual o enfermeiro após identificar os DE analisa, prioriza e determina quais problemas ou necessidades do indivíduo precisam de intervenções (BARROS et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A quarta etapa do PE corresponde a implementação ou intervenção da assistência de enfermagem, ou seja, a concretização do plano de cuidado. Esta etapa abrange a realização das intervenções planejadas que consiste em “[...] qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente” (BULECHEK et al., 2016, p. 27).

A quinta etapa do PE é a avaliação (ou evolução de enfermagem). Esta etapa consiste em um processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo (anotações no prontuário, observação direta da resposta do paciente ao tratamento proposto ou mesmo o relato), no qual o enfermeiro deverá detectar a conduta implementada e se os resultados foram alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Para a documentação e operacionalização do PE, os enfermeiros têm utilizados as classificações de enfermagem (CARVALHO, 2017; FURUYA et al., 2011; SILVA; SANTOS; ROCHA, 2014).

As classificações de enfermagem ou taxonomias são utilizadas mundialmente e têm contribuído no raciocínio clínico para julgamento das necessidades de cuidado do paciente. Também possibilitam fornecer uma linguagem comum entre os enfermeiros, de forma a sistematizar a assistência, organizar as informações de enfermagem, facilitando a avaliação e o aperfeiçoamento do cuidar em enfermagem (CARVALHO, 2017; CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013; CAVALCANTE et al., 2016; FURUYA et al., 2011; LARIJANI; SAATCHI, 2019).

Dentre as diversas classificações de enfermagem, as mais conhecidas e utilizadas são: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I); Classificação de Intervenções de Enfermagem/*Nursing Interventions Classification* (NIC); Classificação de Resultados de Enfermagem/*Nursing Outcomes Classification* (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC); Classificação de Cuidados Clínicos/*Clinical Care Classification* (CCC); e Sistema Comunitário de Saúde de Omaha. Ver Quadro 3.

Quadro 3 – Principais taxonomias e elementos da prática de enfermagem

TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM	**ELEMENTOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**
NANDA-I	Diagnósticos de Enfermagem
NIC	Intervenções de Enfermagem
NOC	Resultados de Enfermagem
CIPE	Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem
CCC	Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem
OMAHA	Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem

Fonte: A autora, 2020.

A taxonomia NANDA-I oferece uma terminologia padronizada de diagnósticos, foi a classificação de enfermagem escolhida neste estudo e explorada no capítulo a seguir “Diagnósticos de enfermagem e taxonomia NANDA-I” desta tese.

A classificação NIC é uma linguagem padronizada que nomeia e descreve intervenções que os profissionais de enfermagem executam na prática clínica em resposta a um DE. A intervenção de enfermagem é definida como: “[...] qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (BULECHEK et al., 2016, p. 27).

A NIC originou-se em 1987, por meio de um projeto de pesquisa iniciado pelos membros do *College of Nursing* da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos (BULECHEK et al., 2016).

A primeira edição da NIC foi lançada em 1992. Esta taxonomia contempla aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde (BULECHEK et al., 2016). Uma classificação importante para comunicação acerca do cuidado realizado entre os membros da equipe de saúde multidisciplinar.

As intervenções de enfermagem incluem: intervenções de cuidado direto (tratamento realizado por meio da interação direta com o paciente), e indireto (tratamento realizado a distância, incluindo ações destinadas ao gerenciamento do ambiente de cuidado do paciente e colaboração multidisciplinar); intervenção comunitária ou de saúde pública (direcionada para promover e preservar a saúde da população); tratamento iniciado pelo enfermeiro (intervenção em resposta a um DE); e, tratamento iniciado pelo médico (intervenção iniciada por um médico em resposta a um diagnóstico clínico, porém efetuada por um enfermeiro) (BULECHEK et al., 2016).

Na NIC as intervenções são constituídas pelos seguintes elementos: título, definição e atividades. Cada intervenção apresenta listas de atividades propostas, que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem (BULECHEK et al., 2016).

A versão (sexta edição) publicada em 2016 apresenta 554 intervenções de enfermagem, agrupadas em 7 domínios (fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistemas de saúde e comunidade) e 30 classes. Quando utilizada para o planejamento do cuidado, a NIC revela-se um instrumento eficaz para apontar soluções, unificar condutas e garantir intervenções e resultados efetivos para o atendimento das necessidades do paciente (BULECHEK et al., 2016).

A classificação NOC padroniza o título e as definições de resultados para uso na prática clínica, auxiliando os enfermeiros no PE na avaliação e mensuração do estado do paciente, do cuidador, da família ou da comunidade, em decorrência das intervenções de enfermagem (MOORHEAD et al., 2016).

Segundo a NOC, um resultado do paciente relacionado à enfermagem é: “[...] um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade, que é medido ao longo de um *continuum* na resposta a uma intervenção ou intervenções de enfermagem” (MOORHEAD et al., 2016, p. 58).

A taxonomia NOC vem sendo desenvolvida desde a década de 1991, por um grupo de enfermeiros da *University of Iowa, College of Nursing*, nos Estados Unidos.

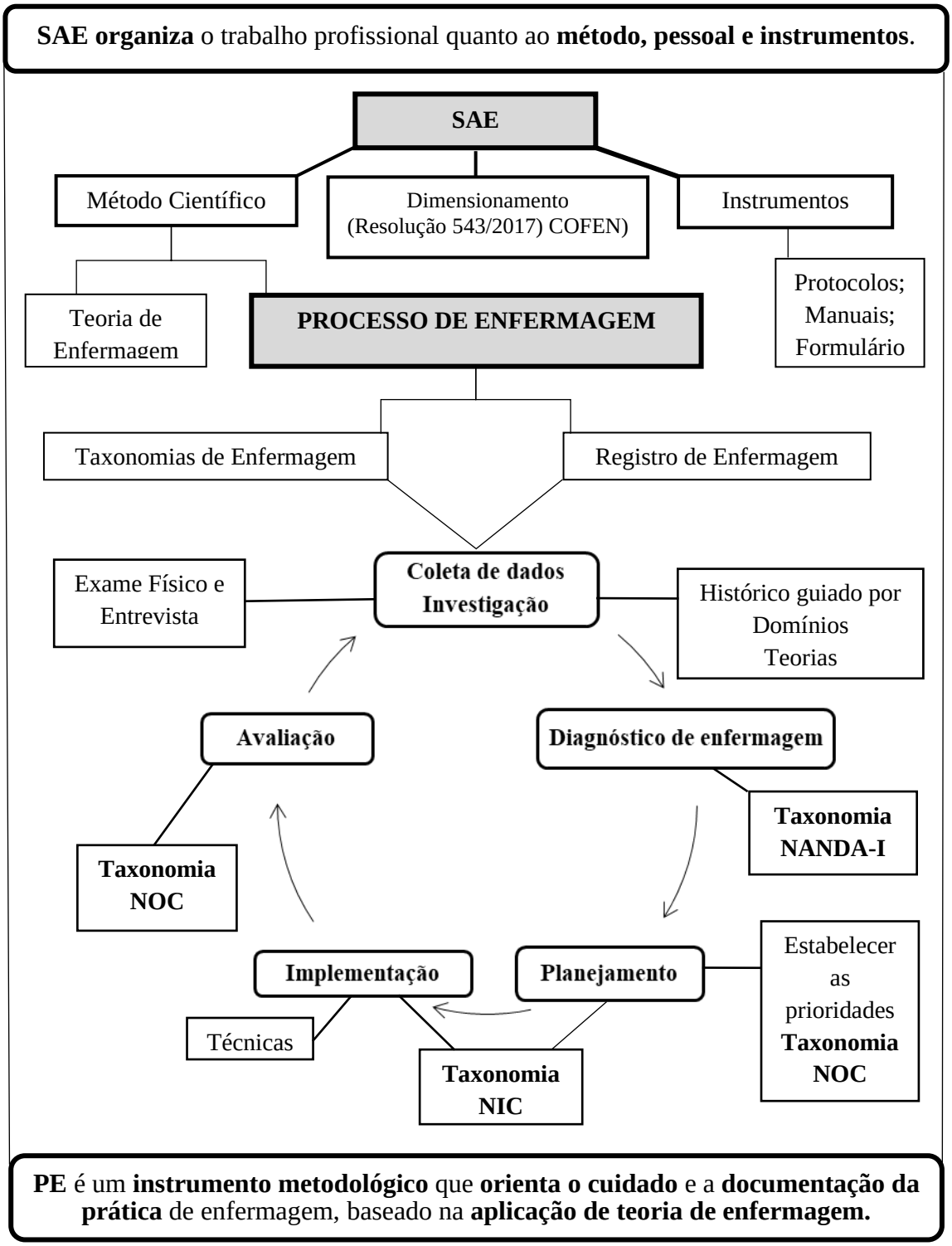
A primeira publicação da NOC foi em 1997. A versão (quinta edição) publicada em 2016 da NOC apresenta 490 resultados de enfermagem, agrupados em 7 domínios e 32 classes. Os resultados de enfermagem incluem o título, a definição e um conjunto de indicadores que descrevem estados específicos, percepções e comportamentos relacionados aos resultados, assim como apresenta escalas de medidas do tipo *Likert* com 5 pontos e referências para comparação (MOORHEAD et al., 2016).

A estrutura taxonômica da NOC tem 5 níveis, a saber: 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde e comportamento, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) 32 classes, 490 resultado, indicadores (um estado, comportamento ou percepção mais concreto do indivíduo que servem como pistas para mensurar um resultado) e medidas (escala do tipo *Likert* de 5 pontos que quantifica um estado do resultado ou indicador do paciente) (MOORHEAD et al., 2016).

É indicado que o enfermeiro antes de selecionar as intervenções de enfermagem consulte a NOC para estabelecer o resultado desejado, para planejamento do cuidado. A NOC é complementar a outras taxonomias como a NANDA-I e NIC. (MOORHEAD et al., 2016).

A Figura 3 apresenta a síntese do conceito de SAE, PE e aplicação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC, baseada na Resolução 358/2009 do COFEN.

Figura 3 – Síntese do conceito de SAE, PE e aplicação das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC



Fonte: A autora, 2020.

A CIPE é uma terminologia padronizada, idealizada como resposta ao desafio de criar uma linguagem universal para a enfermagem. É considerada como uma tecnologia de informação pelo fato de possibilitar a coleta, o armazenamento e a análise de dados de

enfermagem em diversos cenários (GARCIA et al., 2017; TOSIN; MECONE; OLIVEIRA, 2015).

O desenvolvimento da CIPE foi aprovado pelo Conselho de Representantes Nacionais do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) por ocasião do Congresso Quadrienal, realizado em Seul, Coréia, em 1989 (CARVALHO; CUBAS; NOBREGA, 2017).

Em 1991 foi iniciado o projeto de homogeneização de vocabulários com nomenclaturas de alcance mundial, para aprimorar a assistência à saúde da população. Em 1993, o CIE divulgou o documento "*Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP) – a Working paper*" com uma listagem de termos, identificados na literatura e nas diferentes classificações existentes, que eram usados para descrever os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CARVALHO; CUBAS; NOBREGA, 2017; GARCIA et al., 2017).

Em 1996, foi publicada a primeira versão, denominada Alfa, que contemplava dois elementos da prática e enfermagem: fenômenos/diagnósticos e as intervenções de enfermagem.

Os termos da CIPE estão reunidos em duas categorias principais, a saber: os conceitos primitivos e os pré-coordenados (estes constituem enunciados de diagnósticos/ resultados e de intervenções de enfermagem). Os conceitos primitivos estão organizados em uma estrutura multiaxial em sete eixos, a saber: foco (área de atenção relevante para a enfermagem); julgamento (opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem); meios (maneira ou um método de executar uma intervenção); ação (processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente); tempo (o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência); localização (orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção); e cliente (sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem) (GARCIA et al., 2017).

A combinação dos conceitos primitivos contidos nos sete eixos da CIPE produz os enunciados de diagnóstico, intervenção e resultado de enfermagem, tendo como base as normas do modelo de terminologia de referência para enfermagem a ISO 18.104 (ISO, 2014).

O modelo de terminologia de referência para enfermagem proposto pela Organização Internacional de Padronização (ISO), a ISO 18.104, surgiu pela necessidade CIE de atender as recomendações da OMS quanto a acrescentar na Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos à classificação de enfermagem, contemplando problemas/diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A ISO 18.104, foi publicada em 2003, com o propósito de fornecer uma estrutura para geração de expressões de conceitos de elementos da prática de enfermagem. Deste modo, para compor um enunciado de diagnóstico e/ou resultado de enfermagem, ao se optar por usar o eixo "foco" é mandatório haver um descritor para "julgamento" e um descritor para "foco", que ainda pode ser qualificado por "local". É para compor enunciados de intervenção de enfermagem, é recomendado incluir, um termo do eixo de ação, um termo relacionado ao alvo da ação que vai ser realizada e incluir um termo de outros eixos conforme a necessidade (ISO, 2014).

Os conceitos pré-coordenados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem servem para facilitar a elaboração de subconjuntos terminológicos (expressam um particular contexto da prática de enfermagem voltados para uma determinada clientela e prioridade de saúde) da CIPE (CARVALHO; CUBAS; NOBREGA, 2017; GARCIA et al., 2017).

Em 1994 houve inserção da enfermagem brasileira no processo de desenvolvimento da CIPE, que foi assumida pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Nacional, com a implementação do projeto CIPESC.

A CIPESC é um projeto iniciado pela ABEn, entre 1996 e 2000, como contribuição brasileira à CIPE, com o objetivo de contribuir para a transformação das práticas de enfermagem em saúde coletiva, que resultou num inventário vocabular para área de atenção primária de saúde e serviços comunitários (NICHIATA, 2012).

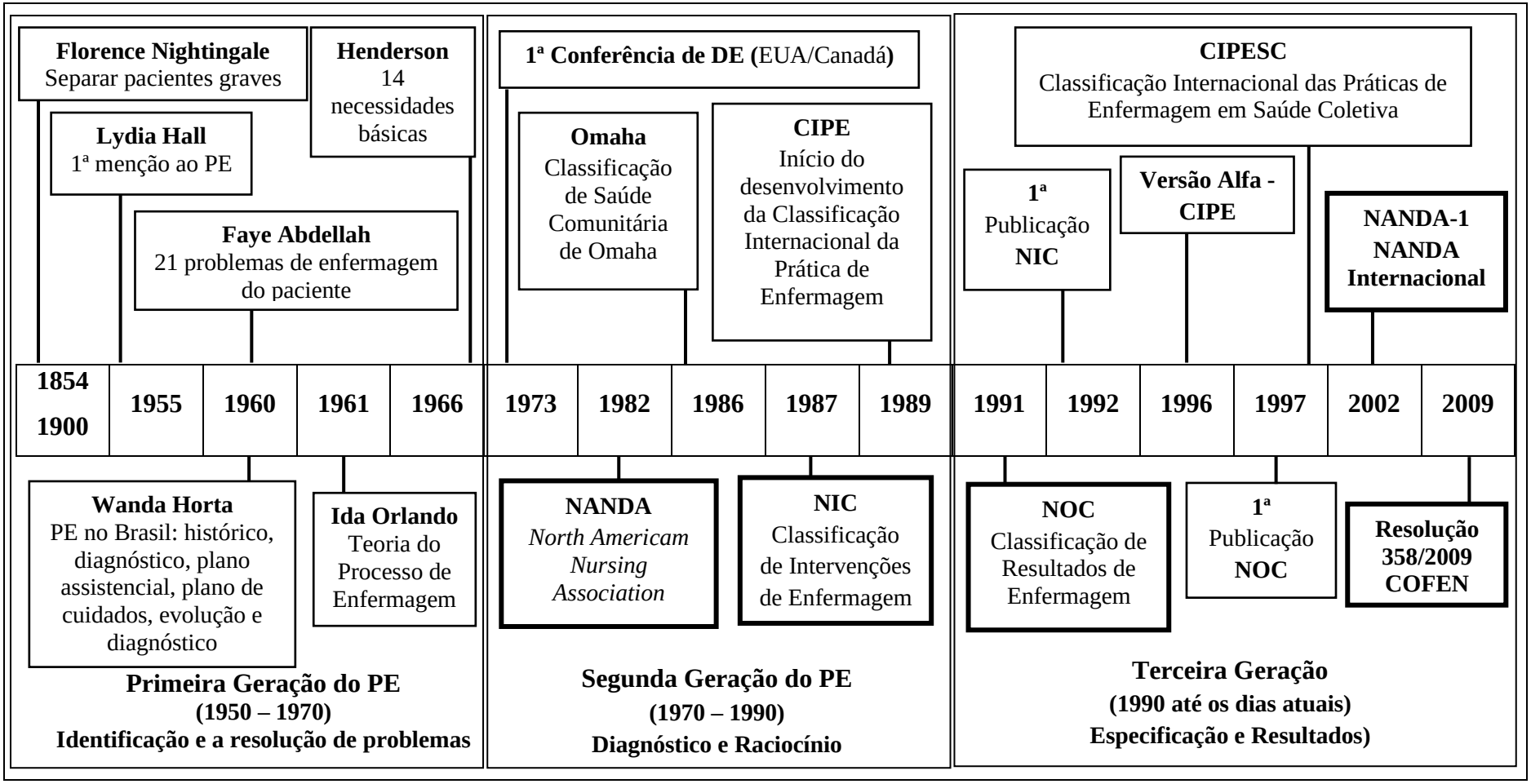
A CCC, anteriormente chamada de Classificação de Assistência Médica Domiciliar (HHCC), foi desenvolvida por Virgínia Saba e colaboradores, entre 1988-1991, como parte de um projeto de cuidados domiciliares da Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos. Esta taxonomia propõe uma codificação e categorização dos cuidados domiciliares de saúde prestados a pacientes, provendo tanto os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem (SABA, 2012).

A Classificação de Saúde Comunitária de Omaha é uma taxonomia originada de uma lista de problemas de pacientes, diagnosticados por enfermeiros em uma comunidade de saúde nos Estados Unidos. Essa taxonomia propõe um método para organizar, identificar e denominar o que é de interesse da enfermagem na prática em ambientes comunitários, sendo estruturado em quadro domínios (ambiental, psicossocial, fisiológico e problemas relacionados à saúde). Esta taxonomia compreende três esquema de classificação: esquema de problemas (estruturada em: domínio, problema, modificador e sinal/sintoma), esquema de

intervenções (atividades de enfermagem, organizado em três níveis: categorias, metas e informação específica do cliente), esquema de resultados (escala de resultados para medir os progressos feitos pelo paciente com relação aos problemas previamente identificados pelo enfermeiro) (TOPÁZIO; GOLFENSHTEIN; BOWLES, 2014).

A Figura 4 apresenta uma síntese dos marcos históricos do PE e taxonomias de enfermagem.

Figura 4 - Síntese dos marcos históricos do processo de enfermagem e taxonomias de enfermagem



Legenda: PE = Processo de Enfermagem; DE = Diagnostico de Enfermagem
Fonte: A autora, 2020.

A implementação de taxonomias de enfermagem traz benefícios para a prática de enfermagem, em virtude da qualificação das informações, do registro e organização da assistência (FURUYA et al., 2011). Diante da explanação deste capítulo, considera-se relevante a elaboração de um DE voltado para a promoção do envelhecimento saudável, contribuindo para o desenvolvimento das taxonomias e conhecimento de enfermagem.

A taxonomia NANDA-I foi escolhida para o desenvolvimento deste estudo por ter uma abrangência internacional, sendo traduzida para quase 20 idiomas. Isso possibilita aos enfermeiros uma comunicação sobre os fenômenos da enfermagem de modo padronizado mundialmente, proporcionando a evolução da ciência da enfermagem.

1.3 **Diagnósticos de enfermagem e taxonomia NANDA-I**

A palavra diagnóstico, uma palavra de origem grega, significa distinguir, conhecer as partes, uma conclusão ou julgamento resultante de um processo analítico (MANSUR, 2010).

A ideia de diagnosticar na área de enfermagem teve início com o advento da enfermagem moderna. Em 1854, Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, aliada a freiras e outras mulheres, diagnosticou e tratou problemas de saúde reduzindo alguns eventos assistenciais como a queda e a taxa de mortalidade (VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018).

O termo “diagnóstico de Enfermagem” surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando Louise McManus, se referiu à função específica do enfermeiro de reconhecer e diagnosticar problemas, a fim de propôs ações de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009; VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018).

Em 1953, Vera Fry publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da enfermagem. O maior interesse por este conceito evidenciou-se na década de 1960 com a publicação de artigos que fizeram menção aos DE, ao reconhecimento da importância de uma avaliação clínica à identificação dos problemas de saúde que requerem intervenções de enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011).

Em 1973, em St. Louis, Missouri, foi realizado o primeiro encontro do *National Conference Group* na *First National Conference on the Classification of Nursing Diagnosis.* Este encontro foi composto por um grupo de enfermeiros dos Estados Unidos e Canadá que

posteriormente se reunirão para elaborar e aprovar a primeira listagem de problemas/situações que eram reconhecidos na prática de enfermagem. O grupo utilizou tanto o método de raciocínio dedutivo e indutivo para formular uma lista de diagnósticos (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; LUCENA, 2011).

Em 1982, nos Estados Unidos, foi fundada a taxonomia *North Americam Nursing Association* por um grupo de enfermeiros norte-americanos que tinham como propósito desenvolver, refinar e promover uma taxonomia global de uso geral de DE.

Inicialmente a classificação foi organizada considerando as relações naturais presumidas entre tipos e subtipos, em uma lista em ordem alfabética. Entretanto tal método não facilitava seu uso, então foi construída uma estrutura conceitual com nove padrões de resposta humanas (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir), compreendendo a Taxonomia I, publicada em 1987 (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; LUCENA; ALMEIDA, 2010).

Em 2000, pela necessidade de atender o modelo ISO (ISO, 2014), em uma conferência bienal da NANDA-I, foi divulgada uma nova estrutura, a Taxonomia II, uma adaptação da estrutura de avaliação de padrões de saúde funcional de Marjory Gordon. Em 2001, foi publicada a Taxonomia II da NANDA-I caracterizada por ser multiaxial e por organizar os DE em domínios e classes, permitindo maior flexibilidade para realizar acréscimos e modificações em sua estrutura (ALMEIDA et al., 2011; HERDMAN; KAMITSURU, 2018; SILVA; LUCENA, 2011).

Em 2002, a *North Americam Nursing Association* expandiu suas fronteiras e foi renomeada para NANDA Internacional (NANDA-I).

Em 2010, em Madri na Espanha, foi realizada a primeira conferência da NANDA-I. No Brasil foi realizado, em 2011, o 1º Simpósio Latino-americano da NANDA-I, na cidade de São Paulo, fortalecendo a perspectiva dos DE e classificações de enfermagem.

A NANDA-I realiza eventos bienais, nos quais se reúnem enfermeiros de vários continentes para discutir sobre o tema e divulgar as alterações da taxonomia, com as novas inclusões, revisões e/ou exclusões de diagnósticos.

O DE deu uma nova dimensão às práticas do cuidado, desdobrando as perspectivas profissionais ao campo da investigação científica, avançando para a estruturação definitiva de uma ciência da enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; SILVA; HERDMAN; KAMITSURU, 2018; LUCENA, 2011). O Quadro 4 apresenta as edições da NANDA-I e estrutura

taxonômica. Vale lembrar que a cada edição da NANDA-I são revisados (modificados títulos, definições ou componentes do diagnóstico) e incluídos novos diagnósticos.

Quadro 4 - Edições da NANDA-I

Edições da NANDA-I	**ESTRUTURA**
1999-2000	155 DE (**Taxonomia I -** 13 Domínios/ 106 Classes)
2001-2002	Inclusão 7 novos DE (**Taxonomia II -**13 Domínios / 47 Classes)
2003-2004	167 DE (Inclusão de 12 novos DE/3 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2005-2006	172 DE (Inclusão de 5 novos DE/3 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2007-2008	187 DE (Inclusão de 15 novos DE/26 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2009-2011	201 DE (Inclusão de 21 novos DE/9 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2012-2014	210 DE (Inclusão de 16 novos DE/11 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2015-2017	234 DE (Inclusão de 26 novos DE/14 DE revisados) (**Taxonomia II)**
2018-2020	244 DE (Inclusão de 17 novos DE/72 DE revisados) (**Taxonomia II)**

Legenda: DE = Diagnóstico de Enfermagem
Fonte: A autora, 2020.

Em 2018 foi publicada a décima primeira edição da NANDA-I (2018-2020), que contém 244 diagnósticos. Foram adicionados 17 novos DE e 72 foram revisados sendo modificados títulos, definições ou componentes do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os diagnósticos da NANDA-I (2018-2020) são elaborados por meio de um sistema multiaxial que consiste em sete eixos. Os eixos se referem a dimensões da resposta humana a ser considerada no processo diagnóstico (ALMEIDA et al., 2011; HERDMAN; KAMITSURU, 2018; SILVA; LUCENA, 2011). Ver Quadro 5.

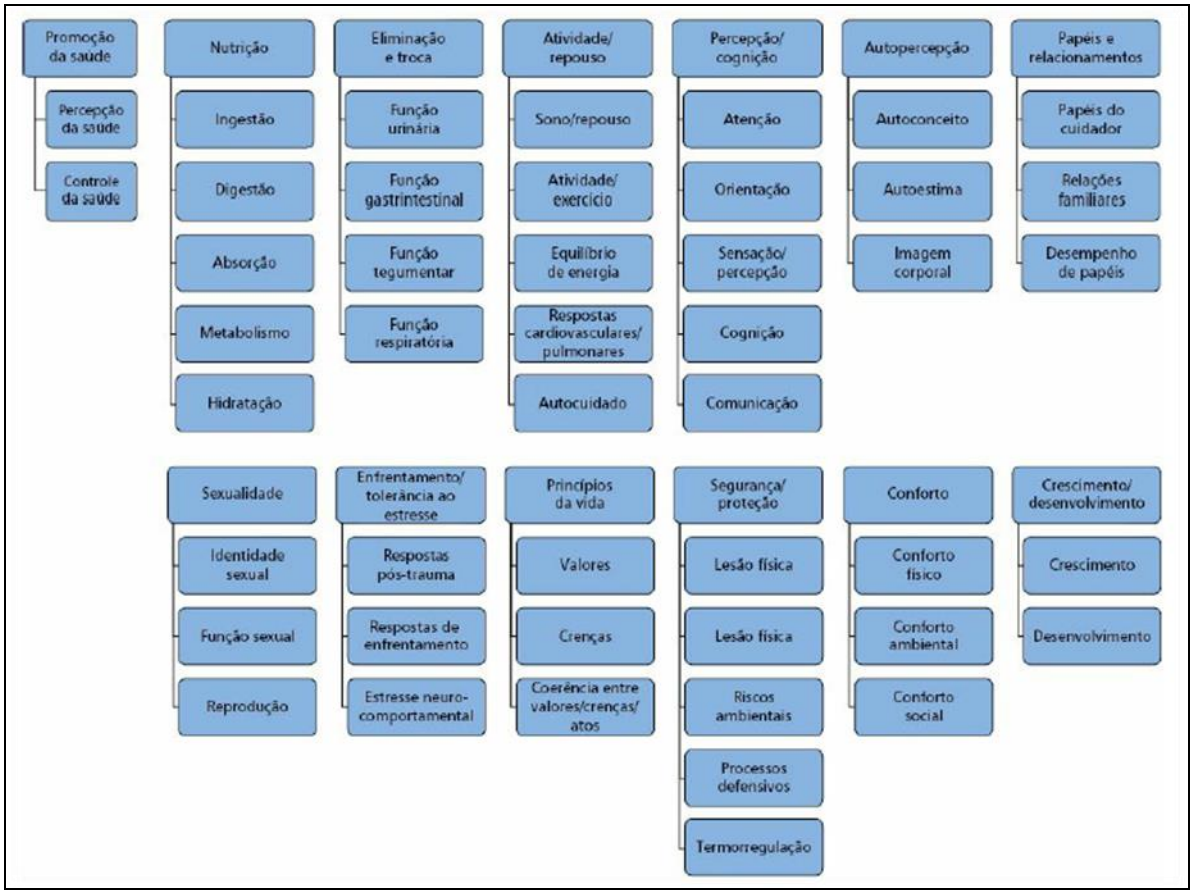
Quadro 5 - Eixo multiaxial dos diagnósticos da taxonomia da NANDA-I

EIXO	DEFINIÇÃO
Eixo 1 (Foco do diagnóstico)	Componente central do diagnóstico, descreve a reação humana (problema, fator de risco, conhecimento). É formado por um ou mais substantivos; quando usados mais de um, seu sentido é interpretado como único e não considerados separadamente. Alguns casos admitem um adjetivo, no entanto, este, é usado como substantivo para denotar o conceito diagnóstico.
Eixo 2 (Sujeito do diagnóstico)	Refere-se a quem o diagnóstico é atribuído: indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade e etc.
Eixo 3 (Julgamento)	Descritor ou modificador que limita ou especifica o conceito do diagnóstico, como: prejudicado, ineficaz e etc.
Eixo 4 (Localização)	Regiões do corpo e/ou suas funções relacionadas: oral, periférico e etc.
Eixo 5 (Idade)	Representa a idade do sujeito do diagnóstico: idosos, neonato, criança, adulto.
Eixo 6 (Tempo)	Duração do conceito diagnóstico, podendo ser crônico, agudo e etc.
Eixo 7 (Categoria do diagnóstico)	Prefere-se à realidade ou à potencialidade do diagnóstico ou a sua categorização. O diagnóstico pode ser voltado a um problema, risco, síndrome ou promoção da saúde.

Nota: Elaborado a partir de conteúdos da NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

A taxonomia da NANDA-I (2018-2020) classifica e categoriza os focos diagnósticos em domínios e classes, ver Figura 5. Os domínios são considerados esferas de conhecimento, ou seja, são níveis abrangentes de classificação que dividem o fenômeno em grupos principais. Já as classes são subcategorias dos domínios, que compartilham atributos comuns (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Figura 5 - Domínios e classes da taxonomia II da NANDA-I



Fonte: HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p.74.

Segundo a NANDA-I (2018-2020) todo DE é composto por um título e uma definição concisa, além dos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições associadas) que são informações usadas para distinguir um diagnóstico do outro (BARROS et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O Quadro 6 apresenta os possíveis componentes de um DE da taxonomia NANDA-I (2018-2020).

Quadro 6 - Componentes dos diagnósticos da taxonomia NANDA-I

COMPONENTES DO DIAGNÓSTICO	**DEFINIÇÃO**
Título	Problema, potencialidade ou risco identificado em um indivíduo, família, grupo, cuidador ou comunidade. É um termo ou frase que consiste no problema central de saúde apresentado pelo indivíduo e apresenta descritores que atribuem significado ao diagnóstico.
Definição	Descrição das características identificadas da resposta humana aos problemas de saúde. Uma descrição clara e precisa do diagnóstico, que delineia o seu significado e diferencia-o de todos os outros.
Características definidoras	Inferências, evidências clínicas, sinais ou sintomas (indicadores objetivos ou subjetivos), observados que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem com foco no problema, promoção da saúde ou síndrome.
Fatores de risco	Determinante (aumenta o risco). São os elementos capazes de modificar a resposta humana ao problema de saúde, de acordo com sua vulnerabilidade. Fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos, que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. Presente apenas em diagnósticos de risco.
Fatores relacionados	Causas ou fatores contribuintes (fatores etiológicos). Podem ser descritos como antecedentes, associados, relacionados, contribuintes ou estimuladores. São os fatores (fisiopatológicos, relacionados ao tratamento, situacional e/ou maturacional) que interferem na etiologia ou na causa da resposta da pessoa ao seu problema de saúde, e que sofrem alterações pelas intervenções de enfermagem. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema e síndromes devem ter fatores relacionados. Diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores relacionados se estes forem úteis para esclarecer o diagnóstico.
Populações de risco	Grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana. Essas características não são modificáveis pelo enfermeiro.
Condições associadas	Diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro.

Nota: Elaborado a partir de conteúdos da NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

Em relação à categoria ou ao tipo, um DE pode ser voltado a um problema (resposta humana indesejável), um risco potencial (suscetibilidade), síndrome (um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos que ocorrem juntos, sendo mais bem tratado por meio de intervenções similares) ou um estado de promoção da saúde (motivação

ou condição para aumentar o bem-estar) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Sua elaboração se dá a partir do agrupamento e interpretação de dados coletados, que representa a base à seleção das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Ver Quadro 7.

Quadro 7 – Categoria ou tipo de diagnósticos da taxonomia NANDA-I

CATEGORIA OU AO TIPO	**DEFINÇÃO**	**CARACTERÍSTICAS**
Diagnóstico com Foco no Problema	Uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo, cuidador ou comunidade.	Características definidoras (manifestações, sinais e sintomas - padrões de indicadores ou inferências relacionadas) e fatores relacionados (fatores etiológicos).
Diagnósticos de Risco	Suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida.	Fatores de risco; não há fatores relacionados
Diagnostico de Promoção da Saúde	Motivação ou condição para aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo.	As respostas de promoção da saúde podem manifestar-se em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. As características definidoras devem estar presentes.
Diagnóstico de Síndrome	Relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares.	Dois ou mais diagnósticos de enfermagem devem ser usados como características definidoras. Fatores relacionados devem estar presente.

Nota: Elaborado a partir de conteúdos da NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

Um diagnóstico com foco no problema (também conhecido como diagnóstico real) é baseado na presença de sinais e sintomas associados. Os DE reais não devem ser considerados mais importantes que os diagnósticos de risco. Em alguns casos um diagnóstico de risco pode

ser o diagnóstico com a maior prioridade para o paciente (BARROS et al., 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os DE com foco no problema possuem os componentes, a saber: título, definição, características definidoras, fatores relacionados, população em risco e condições associada. Exemplo de diagnóstico com foco no problema: Intolerância à atividade (00162) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os diagnósticos de risco são julgamentos clínicos de um problema que não existe, mas a presença de fatores de risco indica que é provável que um problema se desenvolva a menos que o enfermeiro intervenha. O indivíduo é mais suscetível a desenvolver o problema do que outros na mesma situação ou em situação semelhante por causa de fatores de risco. Os componentes do diagnóstico de risco incluem: título, definição, fatores de risco, população em risco e condições associada. Exemplo de diagnóstico de risco: Risco de síndrome do idoso frágil (00231) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O diagnóstico de promoção da saúde (também conhecido como diagnóstico de bem-estar) é um julgamento clínico sobre motivação ou condição para aumentar o bem-estar. Os diagnósticos de promoção da saúde estão preocupados com a transição individual, familiar ou comunitária de um nível específico de bem-estar para um nível mais elevado de bem-estar. Os componentes de um diagnóstico de promoção de saúde geralmente incluem: título, definição e características definidoras. Exemplo de diagnóstico de promoção a saúde: Disposição para controle da saúde melhorado (00162) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Um diagnóstico de síndrome é um julgamento clínico relativo a um conjunto de diagnósticos problemáticos ou de risco que se prevê apresentar devido a uma determinada situação ou evento. Os componentes de um diagnóstico de síndrome são: título, definição, características definidoras, fatores relacionados, população em risco e condições associadas. Exemplo de diagnóstico de síndrome: Síndrome do idoso frágil (00257) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

É fundamental que os enfermeiros conheçam os indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições associadas), para correlacionarem as informações coletadas aos possíveis DE. Pois, os DE com foco no problema deverão conter características definidoras (sinais e sintomas) e fatores relacionados (etiologia do problema); já os DE relacionados à promoção da saúde costumam ter apenas as características definidoras, ainda que possam ser usados fatores de

risco (vulnerabilidade), e nos diagnósticos de risco apresentam apenas fatores de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os DE baseados em evidências são elementos fundamentais para a obtenção dos melhores resultados em saúde e aprimoramento do PE, no sentido de direcionar as intervenções de enfermagem.

2 **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo metodológico de desenvolvimento e validação de conteúdo de um DE voltado a promoção do envelhecimento saudável. O estudo metodológico caracteriza-se como um tipo de pesquisa que tem a finalidade de avaliar ferramentas e métodos de obtenção, organização e análise de dados para desenvolver, validar ou avaliar métodos e instrumentos para a pesquisa e a prática mediante procedimentos rigorosos e estruturados (POLIT; BECK, 2018).

Este estudo foi idealizado em quatro etapas metodológicas, a saber: revisão integrativa da literatura, análise conceitual, validação de conteúdo por especialistas e elaboração de estrutura diagnóstica para submissão à NANDA-I (2018-2020). Ver figura 6.

Na primeira etapa metodológica foi realizada uma revisão integrativa da literatura seguindo os critérios de Mendes, Silveira e Galvão (2008). Este método respondeu ao primeiro objetivo específico do estudo que foi identificar o uso do conceito de "envelhecimento saudável".

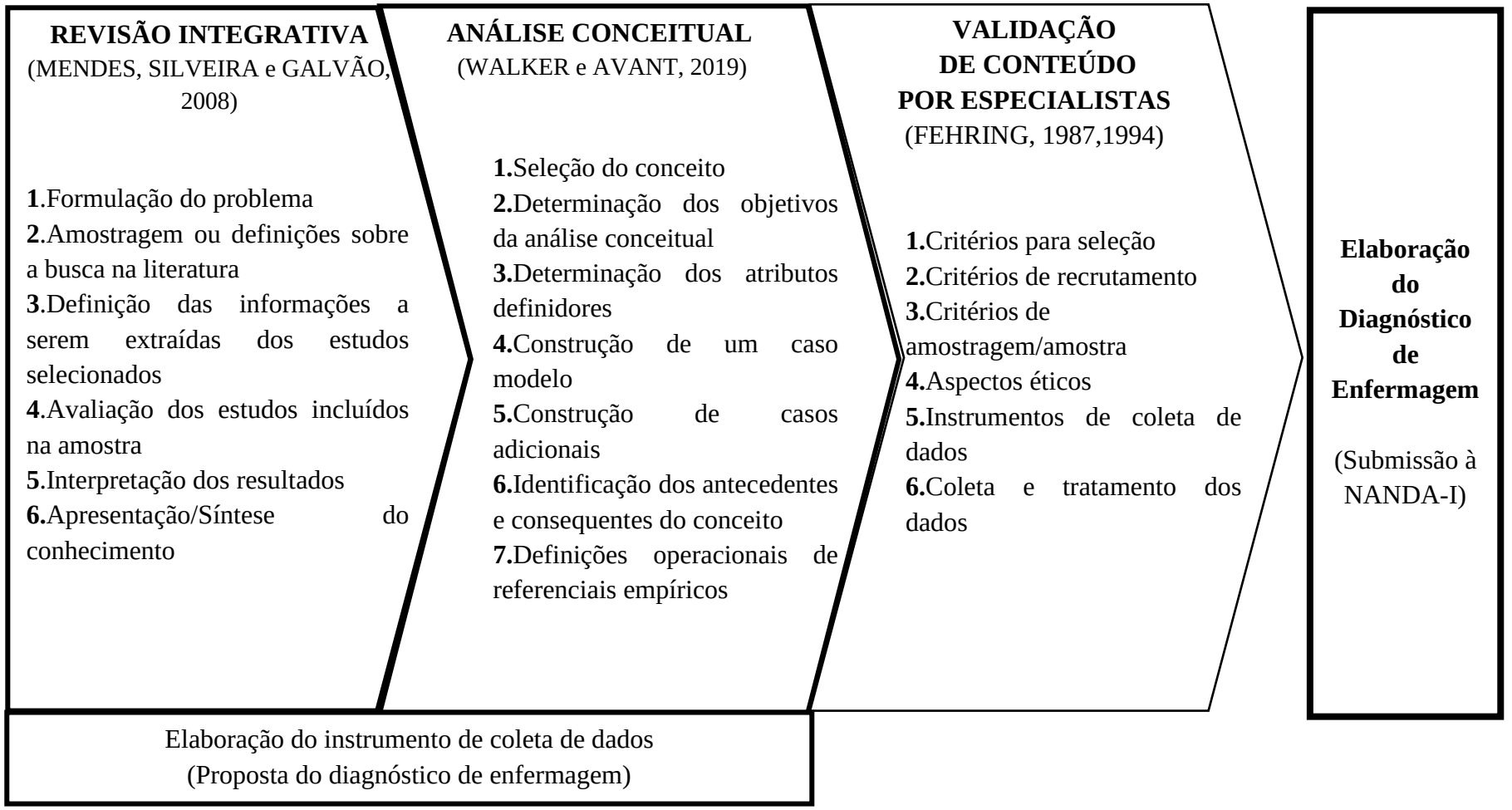
Na segunda etapa foi aplicado o método de análise conceitual de Walker e Avant (2019). A aplicação deste método respondeu ao segundo e terceiro objetivos específicos: analisar o conceito de envelhecimento saudável; e propor o título, a definição e as características definidoras relacionados ao novo DE.

Na terceira etapa metodológica foi realizada a validação de conteúdo por especialistas, de acordo com os critérios de Fehring (1987,1994). Este método respondeu o quarto objetivo específico, que foi validar o conteúdo dos componentes do novo DE (título, definições e características definidoras) a partir da opinião de especialistas.

A quarta etapa metodológica teve o propósito de responder o quinto e último objetivo específico, que foi elaborar a estrutura diagnóstica para submissão do diagnóstico à NANDA-I (2018-2020). Para isso, foi utilizado o protocolo de submissão de novos diagnósticos da taxonomia NANDA-I, conforme modelo de submissão (ANEXO A).

A Figura 6 apresenta a síntese do caminho metodológico utilizado neste estudo para elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Figura 6 – Caminho metodológico para elaboração do diagnóstico de enfermagem



Fonte: A autora, 2020.

2.1 **Primeira etapa metodológica: revisão integrativa de literatura**

A primeira etapa metodológica respondeu ao primeiro objetivo específico, que foi identificar o uso do conceito de envelhecimento saudável por meio de uma revisão integrativa da literatura científica. Segundo Walker e Avant (2019) a identificação dos usos do conceito deve ser guiada por meio de pesquisa bibliográfica, possibilitando maior variedade de aplicação do conceito analisado. Diante disso, nesta pesquisa optou-se pela realização de uma revisão integrativa (RI) de literatura.

A RI busca reunir e sumarizar os conhecimentos disponíveis na comunidade cientifica acerca de determinado tema. Tem como proposta gerar conhecimento sobre um problema e determinar se sua aplicação é viável na prática (CROSSETTI, 2012; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Este método possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados, muito útil para enfermeiros que estão na prática clínica e desejam realizar assistência de enfermagem baseada em evidências científicas. O Quadro 8 apresenta as etapas da RI.

Quadro 8 - Etapas da revisão integrativa da literatura

ETAPAS DA RI	DEFINIÇÃO
Primeira etapa	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da RI.
Segunda etapa	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.
Terceira etapa	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos.
Quarta etapa	Avaliação dos estudos incluídos na RI.
Quinta etapa	Interpretação dos resultados.
Sexta etapa	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 761.

Esta etapa do estudo envolveu a execução de seis fases que foram amparadas pelo estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008):

a) Primeira etapa da RI (formulação do problema): a RI inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa. É necessária a identificação clara e específica do tema de estudo, assim como a elaboração da questão de pesquisa e delimitação dos descritores e palavras chaves para realização da busca dos estudos;

b) Segunda etapa da RI (amostragem ou definições sobre a busca da literatura): esta etapa compreende a amostragem ou busca dos estudos primários publicados na íntegra que serão incluídos na RI. É recomendado os seguintes aspectos para garantir uma busca efetiva, a saber: escolha de bases de dados especializadas sobre o tema a ser pesquisado; descrição detalhada dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; e averiguação de quais são os descritores controlados e/ou não controlados em cada base de dados;
c) Terceira etapa da RI (definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados): esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, sendo recomendado a utilizando de um instrumento para reunir e sintetizar as informações;
d) Quarta etapa da RI (avaliação dos estudos incluídos na amostra): tem como finalidade visualizar e pontuar, de modo objetivo, a convergência ou divergência, bem como a discussão entre os resultados dos estudos analisados. Nesta fase, os artigos selecionados deverão ser analisados criticamente em relação aos critérios de qualidade metodológica, importância das informações e representatividade;
e) Quinta etapa da RI (interpretação dos resultados): esta etapa corresponde à fase de discussão de resultados das pesquisas convencionais, em que o pesquisador compara os resultados da RI com o conhecimento teórico, o que permite a identificação de possíveis lacunas de conhecimento a respeito da temática em questão;
f) Sexta etapa da RI (Apresentação da revisão/síntese do conhecimento): trata-se da última etapa da RI, na qual os resultados obtidos das análises dos artigos devem ser sintetizados e apresentados.

2.2 **Segunda etapa metodológica: análise de conceito segundo Walker e Avant**

Para que sejam aperfeiçoados ou formulados novos DE, é recomendado o desenvolvimento de uma análise conceitual, momento no qual utiliza dados de uma revisão da literatura para posterior construção do conhecimento (WALKER; AVANT, 2019).

Foi utilizado o método de análise conceitual proposto por Walker e Avant (2019), para responder ao segundo e terceiro objetivos específicos, a saber: analisar o conceito de envelhecimento saudável; e propor o título, a definição e as características definidoras ao novo DE.

As enfermeiras Lorraine Walker e Kay Avant (2019), docentes da Escola de Enfermagem da Universidade do Texas nos EUA, especialistas em filosofia da educação e teorias em enfermagem, introduziram o método de análise de conceito na área da enfermagem. Este modelo é uma adaptação do método clássico de análise de conceito de Wilson (1963).

A análise conceitual idealiza a avaliação minuciosa e a descrição de um termo e seus usos, acompanhada de uma explicação de outras palavras ou termos relacionados, visando clarificar a composição e o uso do conceito.

Walker e Avant (2019) desenvolveram um processo de oito etapas para definir os elementos básicos de um conceito para produzir uma definição operacional consistente para que um conceito tenha validade na prática de enfermagem, descritos a seguir (WALKER; AVANT, 2019):

a) Primeiro passo (seleção do conceito): a escolha do conceito deverá refletir o interesse do pesquisador, de modo a retratar o problema de pesquisa ou sua prática;
b) Segundo passo (determinação dos objetivos da análise conceitual): essa fase tem a finalidade de determinar os objetivos ou propósitos da análise do conceito (distinguir um conceito comum do seu uso científico; esclarecer o significado de um conceito já existente; elaborar uma definição operacional; desenvolver um instrumento de pesquisa). Almejando responder à seguinte questão: “Porque estou realizando está análise?”;

c) Terceiro passo (identificação dos possíveis usos do conceito): nesta fase é recomendado que se realize uma ampla revisão dos possíveis usos do conceito, investigando a partir de diferentes fontes. Neste estudo, além da definição de envelhecimento saudável caracterizada no relatório mundial de envelhecimento e saúde pela OMS (2015b) foi explorado outros conceitos existentes na literatura. Para elevar o nível de evidência foi feita uma RI, com vistas a obter os resultados que abordarem o conceito em questão;

d) Quarto passo (determinação dos atributos definidores): esta fase compreende a extração de palavras ou expressões dos estudos, que representem a essência do conceito, bem como a principal ideia que por ele é transmitida e quais características lhes são vinculadas. Para este estudo, foi identificado os atributos do conceito de “Envelhecimento Saudável”, e verificada a frequência com que cada um foi mencionado nos estudos para uma melhor compreensão do conceito;
e) Quinto passo (construção de um caso modelo): esta fase compreende a elaboração de um protótipo exemplificando o uso do conceito. Um caso modelo deverá confirmar a seguinte sentença: “Este é um exemplo deste conceito”. Neste estudo foram utilizados dados fictícios, elaborados com base nos resultados encontrados na RI, na experiência assistencial, conhecimento prévio e discussão com especialistas na área de gerontologia;
f) Sexto passo (construção de casos adicionais): nesta etapa apresentam-se casos semelhantes ou contrários (caso-limítrofes ou borderline; casos-relacionados; casos-contrários; casos-inventados; casos-ilegítimos) ao conceito de interesse, com a finalidade de fornecer exemplos do que não representa o conceito em questão, para proporcionar uma melhor compreensão do conceito em discussão. Buscou-se neste estudo fornecer mais subsídios para o discernimento contrário do conceito, exemplificado por um caso de oposição ao conceito. Sendo elaborados dois casos adicionais, um do tipo contrário e outro do tipo caso-limítrofes ou borderline, também elaborados com base em dados fictícios;
g) Sétimo passo (identificação dos antecedentes e consequentes do conceito): trata-se de eventos necessários à ocorrência do conceito ou consequentes dele. Os antecedentes ocorrem temporariamente antes do conceito, e os consequentes surgem como resultado da ocorrência do conceito. Os atributos críticos do conceito não podem ser um antecedente e um atributo ao mesmo tempo. Neste estudo, os antecedentes e consequentes foram identificados a partir dos estudos localizados na RI. Para isso, as informações obtidas foram transcritas no instrumento de extração de dados elaborado pela própria autora, e posteriormente agrupadas, verificando a frequência com que apareciam nos estudos;

h) Oitavo passo (definições operacionais de referenciais empíricos): são classes ou categorias de fenômenos reais que pela sua existência ou presença demonstram a ocorrência do conceito. Expressam os meios pelos os quais antecedentes e os consequentes podem ser mensurados na realidade. São dados úteis a prática clínica, por propiciar indicadores clínicos concretos, passíveis de mensuração, que determinem a ocorrência do conceito. Deve-se responder à seguinte questão: "Como faríamos para medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real?".

A partir dos achados da análise conceitual foi construído o instrumento de coleta de dados que foi utilizado na terceira etapa metodológica do estudo, a saber: validação de conteúdo dos elementos do novo DE, a partir da opinião de especialistas.

2.3 **Terceira etapa metodológica: validação de conteúdo por especialistas**

A terceira etapa metodológica do estudo foi a validação de conteúdo por especialistas dos elementos do novo DE (título, definição e características definidoras) obtidos na etapa de análise conceitual.

A validação de conteúdo é uma etapa essencial no desenvolvimento de novos conceitos, conectando conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

Os estudos de validação de conteúdo de diagnóstico (VCD) possibilitam a verificação da fidedignidade (grau de concordância) e a validade de um diagnóstico de acordo com a opinião de especialistas (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

Os estudos (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN; 2016; OLIVEIRA; DURAN, 2015; SANTANA et al., 2018) envolvendo VCD têm utilizado as recomendações de Fehring (1987, 1994), que envolve a identificação dos especialistas para compor um painel de peritos com a finalidade de analisar os elementos elaborados a partir de uma análise conceitual.

Existem algumas críticas relacionadas a escala de pontuação de peritos desse método, quanto a importância atribuída à formação acadêmica em detrimento da experiência clínica (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

A proposta metodológica de Fehring foi desenvolvida em 1986, seguida de revisões em 1987 e 1994. O autor propôs métodos de validação de diagnóstico de enfermagem, a saber: a Validação de Conteúdo de Diagnóstico (*Diagnostic Content Validation* - DCV) e Validação Clínica de Diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validity* - CDV).

A VCD baseia-se na obtenção de opiniões de enfermeiros experts ou juízes acerca do grau de elementos que compõem um DE (FEHRING, 1987). O autor reforça a necessidade da realização de uma revisão de literatura para que se tenha o suporte teórico tanto do diagnóstico quanto nos indicadores diagnósticos (fatores de risco, fatores relacionados, características definidoras, população e condições associadas). Ressalta-se ainda a importância da construção de definições operacionais para cada característica estudada no intuito de padronizar as evidências estudadas pelo modelo de validação (FEHRING, 1987).

Contudo, considerou-se pertinente utilizar o método de Fehring (1987, 1994), visto que se trata de uma escala validada e passível de adaptação, sendo muito utilizada na área da enfermagem para este tipo de estudo. Para lidar com essa questão, foram realizadas adaptações na proposta de Fehring (1987, 1994), e adotamos as seguintes etapas para VCD recomendadas por Fehring (1987, 1994):

a) Etapa 1 (seleção de peritos): selecionar os peritos para avaliar cada elemento do DE que está sendo testado por meio de uma escala do tipo *Likert* com 5 níveis (1 = não é característico ou indicativo do diagnóstico; 2 = muito pouco característico do diagnóstico; 3 = de algum modo é característico do diagnóstico; 4 = muito característico do diagnóstico; e 5 = muitíssimo característico do diagnóstico);

São diversas as denominações para os sujeitos desta fase, que podem ser chamados de especialistas, peritos, juízes ou experts (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

A taxonomia NANDA-I não define critérios próprios de padronização para seleção dos especialistas para este tipo de estudo. Conforme mencionado, o critério de seleção que têm sido utilizado em pesquisas (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016; OLIVEIRA; DURAN, 2015; SANTANA et al., 2018) relacionadas a DE é o de Fehring (1994), que consiste em um sistema de pontuação aplicado para definir os enfermeiros peritos (Quadro 9).

Fehring (1994) sugere uma pontuação mínima de 5 pontos para seleção do expert (titulação de mestre em enfermagem e conhecimento especializado sobre o diagnóstico em

estudo, demonstrando através de pesquisas publicadas e especialização no tema), conforme critérios apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 - Critérios para seleção de peritos

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante ao diagnóstico de enfermagem em estudo	1
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	2
Artigo publicado sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante à área em foco	2
Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem	2
Experiência clínica de pelo menos 1 ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificado de prática clínica (especialização) relevante à área do diagnóstico em estudo	2

Fonte: FERHING,1994, p.59.

Para este estudo foi adaptado o modelo sugerido por Fehring (1994) e considerada a pontuação mínima de seis pontos para avaliar o profissional expert em diagnóstico de enfermagem e/ou gerontologia, os critérios e pontuações utilizados neste estudo são apresentados no Quadro 10. Pois, quanto maior for a pontuação maior será a força da evidência em análise (FEHRING, 1987, 1994).

Quadro 10 – Critérios aplicados para seleção dos peritos deste estudo

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Titulação de Mestre em Enfermagem	4
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada as temáticas: **DE e/ou gerontologia**	1
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	2
Artigo publicado **sobre gerontologia** em com conteúdo relevante à área em foco	2
Doutorado versando sobre: **DE e/ou gerontologia**	2
Experiência clínica na **área de gerontologia** (> 1 ano)	1
Especialização concluída **em gerontologia/geriatria**	2

Fonte: Adaptação do quadro de pontuação de peritos de Fehring (1994).
Fonte: A autora, 2020.

b) Etapa 2 (técnica Delphi): aplicação da técnica Delphi (etapa opcional) consiste em um método para obter consenso de um grupo de especialistas: o método é autônomo, fornece feedback e utiliza repetidas rodadas de questionários. No entanto, esta etapa é opcional e não foi adotada neste estudo. Pois poderia levar uma quantidade considerável de tempo e diminuir a taxa de resposta dos especialistas.

c) Etapa 3 (calcular as proporções ponderadas para cada elemento validado): calcular a média ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros peritos para cada elemento do DE proposto, sendo considerado os seguintes pesos para cada opção de resposta: 1 ponto = 0 peso; 2 pontos = 0,25 pesos; 3 pontos = 0,50 pesos, 4 pontos = 0,75 pesos; e 5 pontos = 1 peso. A média ponderada foi então calculada pela seguinte fórmula:

$$M_p = \frac{P_1.x_1 + P_2.x_2 + P_3.x_3 \ldots + P_n.x_n}{P_1 + P_2 + \ldots + P_n} \quad (1)$$

Onde:

***x*:** representa o valor da escala de *Likert* atribuída pelo perito a um elemento do DE proposto;

p: refere-se ao respectivo peso.

Para a discussão deste estudo também foi adotada a média aritmética simples, pelo fato da média ponderada, quando calculada dessa forma, tende apresenta um índice de validade de conteúdo (IVC) superestimados para alguns itens do DE, mesmo quando os peritos o considerem totalmente inadequados.

d) Etapa 4 (descartar os elementos com proporções ponderadas inferiores a 0,50): eliminar os elementos do DE com média ponderada menor que 0,50;

e) Etapa 5 (consideração dos elementos após o cálculo da média ponderada): consideração dos indicadores principais provisórios. Até que tal confirmação seja obtida (com estudos de validação clínica), os elementos com média ponderada maior ou igual a 0,80 serão considerados como “indicadores maiores”; e “indicadores menores” com média ponderada inferior a 0,80, mas superior a 0,50;

f) Etapa 6 (obtenção da pontuação total dos elementos do DE): obter a pontuação total dos elementos do DE. Somando os escores individuais e depois dividir pelo número total de elementos dos DE testados, excluindo os elementos com média ponderada menor ou igual a 0,50 neste escore total.

2.3.1 Critérios para recrutamento dos enfermeiros especialistas

O recrutamento dos experts primeiramente foi realizado em grupos de pesquisa de instituições de ensino e saúde no Brasil, com enfoque em áreas de estudo de diagnóstico de enfermagem e gerontologia. Foi enviado convite para participação do estudo através de endereços eletrônicos (e-mail) e aplicativo de mensagens *WhatsApp*.

Também foi realizada a seleção dos especialistas por meio do Currículo Lattes, disponibilizado na Plataforma Lattes pelo portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (disponível em: http://lattes.cnpq.br/), utilizando para busca os termos: "diagnóstico de enfermagem", "geriatria", "gerontologia" e "envelhecimento".

2.3.2 Critérios de amostragem e amostra dos enfermeiros especialistas

Amostragem é o processo ou a técnica de determinação de uma amostra a ser pesquisada. Já a amostra é uma parte selecionada de uma população para estudo, de acordo com a técnica de amostragem (POLIT; BECK, 2018).

Foi realizada a amostragem do tipo bola de neve (*snowball sampling*), que é uma técnica de amostragem não probabilística, ou seja, intencional. Essa técnica é utilizada para alcançar grupos específicos, utiliza cadeias de referência, cujo participantes selecionados podem fazer indicação de outros que possuírem perfil para participar do estudo, seguindo-se os critérios de inclusão (VINUTO, 2014). Cada participante inicialmente identificado foi indagado sobre outros possíveis peritos com perfil definido para o presente estudo. Os convites para participação no estudo foram enviados via correio eletrônico (e-mail) aos enfermeiros identificados com os requisitos para expert.

No concernente à amostra, Fehring (1987, 1994) recomenda um número de 25 a 50 participantes. Alguns estudos justificam um número reduzido de especialistas pela dificuldade de recrutá-los, assim como por essa etapa envolver uma abordagem mais qualitativa do que quantitativa (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013b; OLIVEIRA; DURAN, 2015).

Neste estudo para estimar um número de especialistas adequado para validação de conteúdo dos elementos do DE proposto, foi utilizada a seguinte fórmula (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}.\ p.\ (1-p)}{e^2} \qquad (2)$$

Onde:

$Z1_{-1-\alpha/2}$: refere-se ao nível de confiança adotado;

p: representa a proporção esperada de especialistas, indicando a adequação de cada item;

"e": representa a diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado.

Para o cálculo amostral foi adotado um nível de confiança de 95% (**$Z1_{-1-\alpha/2}$**= 1,96), uma proporção esperada de 85% dos especialistas e uma diferença (erro) aceitável de 5%.

O nível de confiança refere-se à precisão que se deseja obter para as inferências, ou seja, com que frequência esse tipo de intervalo vai capturar o parâmetro de interesse. O erro amostral, ou variabilidade amostral, relaciona-se à diferença (ou distância) entre um valor obtido a partir da amostra estudada e o verdadeiro valor na população para o qual o pesquisador deseja generalizar (ou extrapolar) os achados (POLIT; BECK, 2018).

O tamanho amostral considerado adequado para etapa de análise de conteúdo por especialistas foi de 73 peritos. Então, presumiu-se com 95% de confiança que uma proporção entre 70% e 100% dos especialistas é aceitável para considerar o item validado para compor o DE.

2.3.3 Critérios de seleção dos enfermeiros especialistas

Para realização da fase de validação de conteúdo por especialistas, foram considerados os seguintes critérios de inclusão para seleção da amostra:

a) Enfermeiros que consentiram formalmente participar do estudo por meio do aceite eletrônico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE);

b) Que possuíam no mínimo a titulação acadêmica de mestre;

c) Que alcançassem uma pontuação mínima de seis pontos, considerando o sistema de pontuação de peritos proposto por Fehring (1994), caracterizando que os peritos possuíam conhecimento/experiência nas temáticas referentes a gerontologia e/ou DE.

Os critérios de exclusão foram:

a) Instrumentos com dados incompletos e repetidos;

b) Peritos com pontuação < 6 pontos, conforme critérios de Fehring (1994).

2.3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi elaborado no formato de formulário *online*, utilizando a ferramenta *Google Forms*, com base nos achados da segunda etapa metodológica realizada, ou seja, a análise conceitual. Trata-se de um questionário semiestruturado para validação de conteúdo dos elementos (domínio, classe, título, definição e características definidoras) do DE proposto.

O instrumento foi composto por três partes (APÊNDICE), a saber:

a) 1ª Parte: apresentação, convite, orientações sobre o estudo, instruções para preenchimento do instrumento e TCLE;

b) 2ª Parte: dados de identificação dos participantes com perguntas referentes a experiência profissional e desenvolvimento de pesquisas nas temáticas sobre DE e gerontologia. Questões com o propósito de pontuar e classificar os peritos, conforme os critérios de Fehring (1994);

c) 3ª Parte: instrumento para avaliação dos peritos, composto por questões referentes aos elementos do DE proposto (domínio, classe, título, definição e características definidoras).

Os peritos avaliaram cada elemento do DE proposto considerando os critérios abaixo, através de uma escala do tipo *Likert*:

a) Não é característico do diagnóstico;
b) Muito pouco característico do diagnóstico;
c) De algum modo característico do diagnóstico;
d) Muito característico do diagnóstico;
e) Muitíssimo característico do diagnóstico.

Ao final de cada item avaliado do DE proposto foi disponibilizado um campo de comentários, caso o perito julgasse pertinente poderia indicar possíveis sugestões e modificações.

2.3.4.1 Pré-teste do instrumento de coleta de dados

Foi realizado um pré-teste do instrumento com dois especialistas nas áreas de gerontologia e DE convidados para o estudo piloto referente à verificação e adequação do instrumento de coleta de dados. Esses peritos receberam via e-mail um *link* para acesso ao instrumento eletrônico piloto.

Foi sugerido pelos avaliadores do instrumento piloto a inserção da definição conceitual para cada característica definidora (CD), para explicar o conceito ao perito/avaliador. A sugestão foi aceita e o ajuste foi realizado no instrumento de coleta de dados. O estudo piloto indicou que todos os itens foram avaliados como adequados para mensurar os elementos do diagnóstico em questão. Após esse procedimento, procedeu-se à elaboração final do instrumento de coleta de dados para submissão aos peritos.

2.3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio do aplicativo *Google Forms*, ferramenta gratuita de elaboração de formulários on-line, que possibilita a criação de questionários de pesquisa. Após o cadastro do instrumento de coleta de dados, o próprio aplicativo disponibilizou um *link* de acesso para preenchimento do questionário. O *link* foi enviado por e-mail e por

aplicativo de mensagens *WhattsAps* aos participantes. As respostas foram armazenadas no banco de dados do aplicativo *Google Forms*, sendo exportadas para uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2013. A coleta de dados perdurou por dois meses, sendo realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2020. Pois, foi coletado dados até atingir o número de 73 instrumentos preenchidos por enfermeiros peritos validados pelos critérios de Fehring (1994).

2.3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e analisados por meio de uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2013. Os dados referentes a caracterização dos enfermeiros peritos foram submetidos à análise estatística descritiva: para as variáveis categóricas foi realizado o cálculo da frequência e do percentual; e para as variáveis contínuas, calculou-se a média, mediana, mínimo e máximo.

Para análise da validação de conteúdo dos elementos do DE proposto além da média ponderada proposta por Fehring (1994), também foram calculadas as médias aritméticas para cada um dos itens, com base na razão entre o somatório dos pesos obtidos para cada resposta e a quantidade de especialistas respondentes. Para esse cálculo, foram considerados os pesos propostos por Fehring (1987, 1994): (1) = 0; (2) = 0,25; (3) = 0,5; (4) = 0,75 e (5) = 1.

Depois os resultados de cada item foram classificados de acordo com a recomendação de Fehring (1987, 1994), em que os escores maior ou igual a 0,80 foram classificados como “indicadores maiores” e os inferiores a 0,80 e maiores do que 0,50 como “indicadores menores” e inferiores a 0,50 foram classificados como “indicadores inadequados”, devendo ser considerados provisórios até que outros estudos os corroborem.

Também foi calculado o IVC geral do diagnóstico proposto, que corresponde à somatória das médias de todos os elementos, com exceção dos itens com escore igual ou menor do que 0,50 (excluídos) dividido pelo número total de elementos sugeridos para o DE.

2.3.7 Aspectos éticos

Em atenção às determinações das normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais estabelecidas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), esta pesquisa foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A pesquisa foi aprovada sob o Parecer nº 2.620.528 aprovado em 25 de abril de 2018 (ANEXO B).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), *online*, para assegurar aos participantes desta etapa do estudo (validação de conteúdo por especialistas) informações acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, sobre o anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas e a liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases (APÊNDICE). Foi encaminhado por e-mail uma cópia do TCLE aos participantes que aceitaram participar do estudo.

Quanto aos riscos, são possíveis riscos mínimos para a unidade do estudo, visto que serão respeitados todos os preceitos para manutenção do anonimato dos participantes. Quanto aos benefícios, espera-se que o desenvolvimento do DE favoreça subsídios para a prática clínica diagnóstica do enfermeiro, e consequentemente o planejamento adequado de intervenções e resultados de enfermagem, objetivando a promoção do envelhecimento saudável.

2.4 **Quarta etapa metodológica: estrutura diagnóstica proposta conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da NANDA-I**

A quarta etapa metodológica do estudo respondeu ao quinto e último objetivo específico, que foi elaborar a estrutura diagnóstica conforme o seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da taxonomia NANDA-I (2018-2020) (ANEXO A).

3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

3.1 **Resultados e discussão: revisão integrativa da literatura**

A seguir será apresentado o resultado da RI que almejou responder ao primeiro objetivo específico do estudo, a saber: identificar o uso do conceito de envelhecimento saudável na literatura científica.

Primeira etapa da RI (formulação do problema e questão de pesquisa)

O tema de interesse da RI foi o conceito de envelhecimento saudável.

Para identificar o uso do conceito de envelhecimento saudável foi formulada a seguinte questão: “Como o conceito de envelhecimento saudável está representado na literatura científica?

Segunda etapa da RI (amostragem ou definições sobre a busca da literatura)

Foi realizado o levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), considerada uma base de dados de grande cobertura para a enfermagem; PubMed, disponibilizado pela *United States National Library of Medicine*, com mais de 16 milhões de citações, inclui tanto a MEDLINE (*Medical Literature and Retrieval System Online*) como outras fontes de dados, desde 1950; *SciVerse Scopus* (SCOPUS) é uma base de dados multidisciplinar (Ciências, Ciências Humanas e Sociais, Artes e Humanidades) e conta com mais de 21.000 título; e Web of Science, é base de dados multidisciplinar, com informações sobre artigos publicados, a partir de 1945, cobre aproximadamente 12.000 periódicos. Essas bases de dados foram escolhidas por apresentarem um arsenal rico em temas de saúde.

A estratégia de busca foi realizada separadamente em cada base de dados selecionada, respeitando as especificações de cada uma. O Quadro 11 apresenta o descritor controlado selecionado em cada base de dados.

Quadro 11 - Bases de dados pesquisadas e respectivo descritor de busca

BASE DE DADOS	DESCRITOR
CINAHL	(Termo CINAHL) "*Healthy Aging*"
PubMed	(Medical Subject Headings -MeSH) "*Healthy Aging*"
SCOPUS	(Medical Subject Headings -MeSH) "*Healthy Aging*"
Web of Science	(Medical Subject Headings -MeSH) "*Healthy Aging*"

Fonte: A autora, 2020.

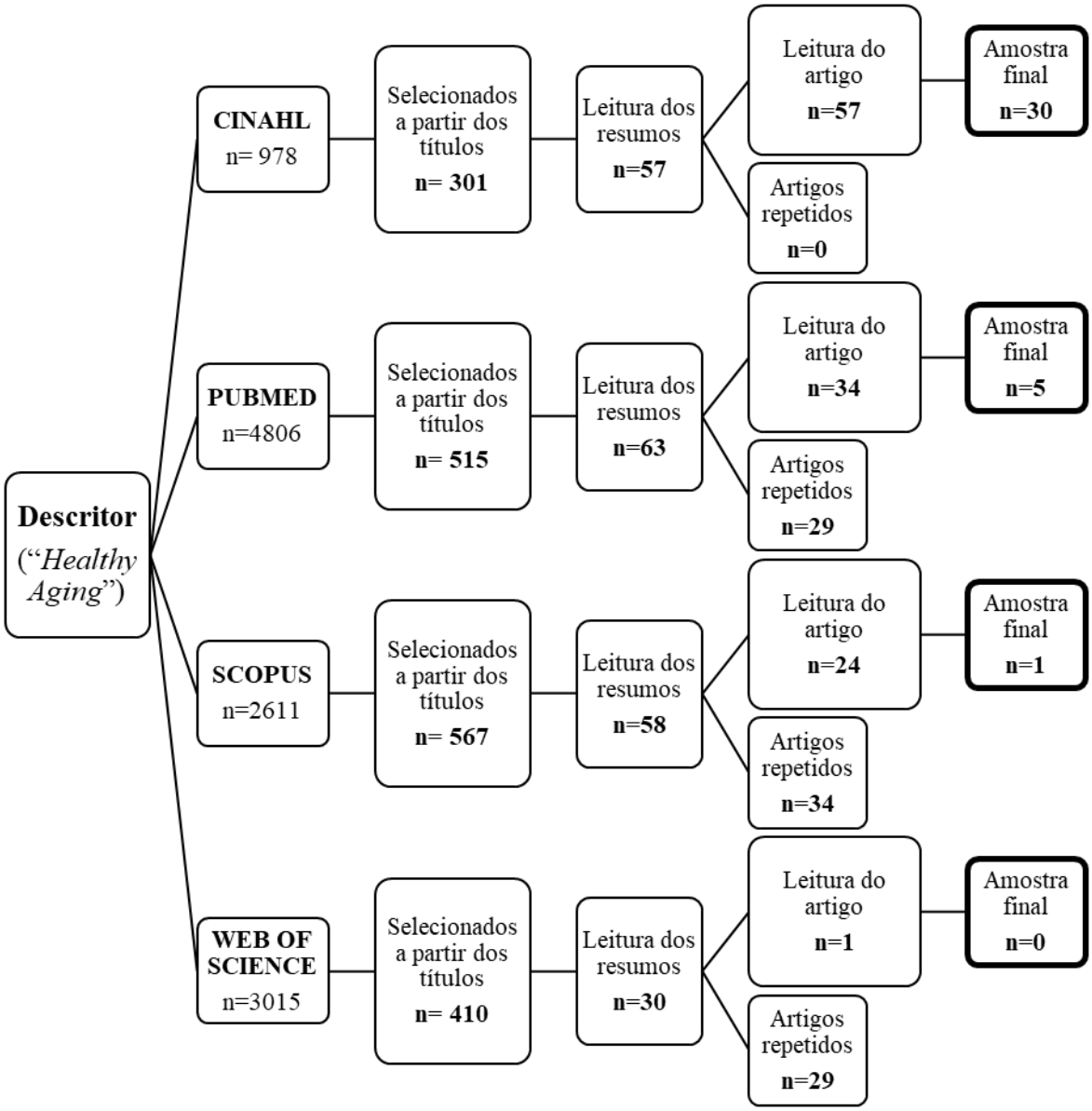
Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados entre janeiro de 2014 a março de 2019, disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem o conceito de envelhecimento saudável.

Os critérios de exclusão adotados foram: estudos de revisão, carta editorial, teses e dissertações.

Esta etapa foi executada entre os meses de abril a maio de 2019. Foram identificados no total de 11410 artigos nas bases de dados selecionadas, utilizando o descritor "*Healthy Aging"*. A partir dos títulos dos artigos foram selecionados 1.793. Após a leitura flutuante dos resumos foram selecionados 208 artigos para leitura na íntegra. Procedeu-se à leitura de 116 artigos na íntegra, já que 92 artigos estavam repetidos entre as bases de dados pesquisadas. É importante destacar que a maioria dos artigos excluídos em todas as bases de dados foi por não declararem nos estudos qual foi o conceito de "envelhecimento saudável" adotado, ou seja, não respondiam à questão norteadora. Muitos artigos não descreviam o conceito de envelhecimento saudável trabalhado no artigo. A amostra final desta RI foi composta por 36 artigos, sendo que 30 artigos foram localizados na base de dados CINAHL, 5 na PuMed e 1 na SCOPUS.

A Figura 7 apresenta o fluxograma da distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados após a busca pelo descritor "*Healthy Aging",* dos selecionados após a leitura de títulos e resumos, do texto completo, repetidos entre as bases e amostra final.

Figura 7 - Fluxograma da distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados



Fonte: A autora, 2020.

Terceira etapa da RI (definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados:

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, pela própria autora, visando sistematizar e extrair as informações chaves de cada estudo selecionado. O instrumento foi composto pelos seguintes itens: título do artigo, autores, ano de publicação, país/região, tipo de estudo, objetivo principal, principais resultados, nome do periódico e base de dados.

Os artigos foram identificados por números e letras de A1 a A36, em ordem crescente de acordo com o ano de publicação, ver Quadro 12.

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na revisão integrativa da literatura (continua)

Nº	TÍTULO	ANO REGIÃO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	PERIÓDICO
A1	Midlife predictors of active and healthy aging among older businessmen	2019 Finlândia	Estudo de coorte. n= 839, homens empresários e executivos finlandeses inicialmente saudáveis nascidos entre 1919 e 1934.	Investigar os preditores de meia idade do envelhecimento ativo e saudável em uma coorte masculina socioeconomicamente homogênea.	Tabagismo, consumo de álcool e IMC foram fatores associados ao não envelhecimento saudável. Enquanto não-tabagismo, o IMC mais baixo, o consumo mais baixo de álcool e a maior autoavaliação de saúde foram estatisticamente significativamente associados ao envelhecimento saudável. Envelhecimento saudável também foi linearmente associada com níveis mais baixos de pressão arterial sistólica e diastólica, triglicerídeos mais baixos e maior autoavaliação da aptidão física na meia-idade.	Aging clinical and experimental research
A2	Optimism and Healthy Aging in Women	2019 EUA	Estudo de coorte. n= 33,326, mulheres sem doenças crônicas	Testar se um maior otimismo estava associado ao aumento da probabilidade de envelhecimento saudável.	Níveis mais elevados de otimismo foram associados a uma maior probabilidade de envelhecimento saudável em mulheres que sobreviveram a idades mais avançadas. A adição de comportamentos de saúde, maior nível educacional e prática de atividade física, substancialmente menor prevalência de depressão atenuou ligeiramente a associação primária.	American Journal of Preventive Medicine

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A3	Obesity and healthy aging: social, functional and mental well-being among older Canadians	2018 Canadá	Estudo transversal. n= 15345. Indivíduos com idades entre 55 e 85 anos. Dados transversais da primeira onda do Componente de Rastreamento do Estudo Longitudinal Canadense sobre Envelhecimento (CLSA).	Descrever como idosos participantes do Estudo Longitudinal Canadense sobre Envelhecimento (CLSA) que vivem com obesidade estão envelhecendo, através de um exame de medidas de bem-estar social, funcional e mental	Em relação ao envelhecimento saudável o controle do peso em idosos foi voltado para a melhora da função física (minimizando a perda muscular e óssea) e a qualidade de vida relacionada à saúde.	Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada
A4	Associations of Lifestyle Behaviour and Healthy Ageing in Five Latin American and the Caribbean Countries-A 10/66 Population-Based Cohort Study	2018 Cuba, República Dominicana, Peru, México, Porto Rico	Estudo Coorte. n= 10.900. Residentes em Cuba, República Dominicana, Peru, México, Porto Rico com 65 anos ou mais entrevistados entre 2003 e 2010.	Examinar a associação de comportamentos de estilo de vida saudáveis (atividade física, não tabagismo, consumo moderado de álcool, consumo de frutas e vegetais) com o envelhecimento saudável em Cuba, República Dominicana, Peru, México e Porto Rico.	Participantes engajados em atividade física, em uma dieta com consumo diário de frutas e vegetais foram associados a maiores chances de envelhecimento saudável. Além disso, quanto mais fisicamente ativos os participantes e maior o número de porções de frutas e verduras, maior a probabilidade de envelhecimento saudável. Não fumar e consumo moderado de álcool não foram individualmente associados ao envelhecimento saudável, mas todos esses quatro comportamentos combinados tiveram um efeito positivo para o envelhecimento saudável.	Nutrients

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A5	Prevalence and related factors of Active and Healthy Ageing in Europe according to two models: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	2018 Europa	Estudo Transversal. n= 52.641 participante. Dados analisados foram obtidos pelo Estudo de Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria na Europa (SHARE).	Comparar dois modelos de avaliação de envelhecimento ativo e saudável em 14 países europeus. Modelo 1 foi operacionalizado de acordo com McLaughlin et al, modificado por Hank. Modelo 2 avalia dimensões de bem-estar físico, mental e social, segundo a definição da OMS.	As variáveis sociodemográficas associadas à ausência de envelhecimento saudável foram idade avançada, sexo feminino, morte do cônjuge, baixa escolaridade, falta de emprego e baixo nível financeiro. No modelo 1 a presença de doença e incapacidade foi um fator limitante na obtenção do envelhecimento saudável.	Public Library of Science one
A6	Embedding Palliative Care into Healthy Aging: A Narrative Case Study from Thailand.	2018 Tailândia	Estudo de caso narrativo (idosa tailandesa).	Fornecer uma estrutura conceitual para a compreensão da relação entre cuidados paliativos e envelhecimento saudável usando um estudo de caso narrativo da Tailândia.	O envelhecimento saudável está relacionado ao fornecimento de cuidados paliativos de alta qualidade. O apoio familiar, O alívio da dor, apoio psicossocial e espiritual pode promover o envelhecimento saudável em contextos de fim de vida.	Journal of Hospice & Palliative Nursing.
A7	How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Relate to Healthy Aging	2018 França	Estudo de coorte. n= 2203 indivíduos adultos franceses do estudo Supplémentation en Vitamines et Minéraux Antioxydants" (SU.VI.MAX)	Determinar a associação entre os fatores de estilo de vida combinados e individuais com o envelhecimento saudável.	Os indivíduos que envelheceram de forma saudável, foram atribuíveis a um peso saudável (<IMC <25) e a uma alta qualidade alimentar. Consumo de álcool e tabagismo foram atribuíveis como fatores de risco.	Nutrients

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A8	Healthy Aging Among Older Black and White Men: What Is the Role of Mastery?	2018 EUA	Estudo de coorte. n= 5.547 americanos com mais de 50 ano (dados do Health and Retirement Study)	Explorar as diferenças entre as raças (brancos e negros) considerando o papel do domínio do envelhecimento saudável.	Homens brancos mais velhos tinham mais probabilidade prevista de envelhecimento saudável, enquanto homens negros mais velhos previam probabilidades relativas.	The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences
A9	Parental longevity predicts healthy ageing among women	2018 EUA	Estudo de coorte. n= 22.735 mulheres na pós-menopausa da Women's Health Initiative recrutada de 1993 a 1998 e seguida até 2017.	Examinar a associação da longevidade dos pais com a sobrevivência saudável aos 90 anos de idade.	Mulheres cujas mães sobreviveram a ≥90 anos tinham maior probabilidade de atingir envelhecimento saudável	Age and Ageing
A10	Community Nurses' Experiences Regarding the Meaning and Promotion of Healthy Aging in Northeastern Thailand	2018 Tailândia Ásia	Estudo descritivo. n= 36 enfermeiros comunitários no nordeste da Tailândia.	Descrever as experiências das enfermeiras comunitárias em relação ao significado e promoção do envelhecimento saudável no nordeste da Tailândia	O envelhecimento saudável foi associado a dois temas: "ser forte" e "ser um apoiador e sentir-se apoiado"	Journal of holistic nursing
A11	Influence of the Self-Perception of Old Age on the Effect of a Healthy Aging Program	2018 México	Estudo de coorte. n= 64 idosos residentes em uma comunidade no estado de Hidalgo, México.	Avaliar o efeito de um programa de envelhecimento saudável e o impacto da autopercepção da velhice em idosos mexicanos	A autopercepção positiva do envelhecimento e maior escolaridade influenciam no envelhecimento saudável.	Journal of clinical medicine research

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A12	Index of Healthy Aging in Chinese Older Adults: China Health and Retirement Longitudinal Study	2018 China	Estudo de coorte. n= 3.740. Adultos chineses com 60 anos ou mais.	Desenvolver um índice de envelhecimento saudável - o Índice de Envelhecimento Saudável Chinês (CHAI).	Adultos chineses que eram mais velhos, menos instruídos e não casados eram muito menos propensos a ter um perfil CHAI ideal.	Journal of the American geriatrics society
A13	Conceptions of Healthy Aging Held by Relatives of Older Persons in Isan-Thai Culture: A Phenomenographic Study	2018 Tailândia Ásia	Estudo Descritivo. n=17 famílias do nordeste Tailandês	Descrever as concepções de envelhecimento saudável de filhos e netos de idosos no nordeste da Tailândia	Quatro categorias descritivas surgiram: ser independente, não ser afligido por doenças ou enfermidades, ter engajamento social, capacidade de integrar experiências de vida.	Journal of Aging Research
A14	Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study.	2018 Espanha	Estudo transversal. n=690 pessoas com 65 anos ou mais. Derivado da pesquisa piloto do Estudo Longitudinal de Envelhecimento na Espanha (ELES).	Estimar a prevalência de envelhecimento saudável em uma coorte de idosos espanhóis usando os critérios estabelecidos por McLaughlin et al.	Sexo feminino, idade avançada e nível educacional mais baixo foram associados a menor chances de envelhecimento saudável.	The Gerontologist
A15	Social integration and healthy aging among U.S. women.	2018 EUA	Estudo de coorte. n=41.013 mulheres	Investigar as associações entre a integração social na meia-idade com o envelhecimento saudável.	As mulheres socialmente mais integradas tinham maior probabilidade de serem saudáveis.	Preventive Medicine Reports

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A16	Association Between Adherence to the Mediterranean Diet at Midlife and Healthy Aging in a Cohort of French Adults.	2018 França	Estudo de coorte. n=3.012 participantes do estudo de suplementação francesa em Vitaminas e Minerais Antioxidantes (SU.VI.MAX) com idade entre 45 e 60 anos no início do estudo (1994-1995)	Investigar a associação entre a adesão à dieta mediterrânea na meia-idade e envelhecimento saudável.	Nesta coorte de adultos franceses, a maior adesão à dieta mediterrânea na meia-idade estava relacionada a um aumento da probabilidade de envelhecer de forma saudável.	The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences
A17	The Inflammatory Potential of the Diet at Midlife Is Associated with Later Healthy Aging in French Adults.	2018 França	Estudo de coorte. n= 2796 homens e mulheres.	Avaliar a associação entre o potencial inflamatório da dieta na meia-idade, medida pelo Índice Inflamatório Dietético (DII), e Envelhecimento Saudável.	Homens e mulheres com escore DII elevado (indicando consumo de dieta pró-inflamatória) foi associado a menor probabilidade de envelhecimento saudável.	Journal of Nutrition
A18	Healthy Aging After Age 65: A Life-Span Health Production Function Approach.	2017 EUA	Estudo transversal. n=7.355 idosos. Analisaram dados dos HRS (Estudo de Saúde e Aposentadoria) -pesquisa nacional representativa bienal em curso de americanos mais velhos e seus cônjuges, 2010 e 2012.	Analisar os determinantes do envelhecimento saudável usando a estrutura de uma função de produção de saúde de Grossman.	Condições favoráveis na infância melhoraram significativamente a pontuação para envelhecimento saudável, tanto direta como indiretamente, mediada por meio da educação, renda e riqueza. Bons hábitos de saúde têm efeitos positivos sobre o envelhecimento saudável. Exercício, manter o peso adequado e não fumar foram fatores susceptíveis para o envelhecimento saudável.	Research on Aging

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A19	Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences	2017 Holanda	Estudo de coorte. n= 3527 participantes, sendo 1405 homens e 2122 mulheres.	Desenvolver um escore de envelhecimento saudável; avaliar as diferenças de sexo e idade e associação de envelhecimento saudável com a sobrevida.	Foram incluídos 7 domínios biopsicossociais no desenvolvimento e construção do escore de envelhecimento saudável. Esses domínios envolveram: doenças crônicas, saúde mental, função cognitiva, função física, dor, apoio social e qualidade de vida. A Healthy Aging Score diminuiu com o aumento da idade para ambos os sexos, embora ligeiramente mais acentuada nas mulheres	Journal of the American Medical Directors Association
A20	Adult height, dietary patterns, and healthy aging.	2017 EUA	Estudo transversal. n=52.135 mulheres americanas (idade média: 44,2 anos) do Nurses 'Health Study sem doenças crônicas em 1980 e cujo estado de saúde estava disponível em 2012	Investigar as associações da altura adulta com o envelhecimento saudável, medidas por um espectro completo de desfechos de saúde, entre populações que sobreviveram até a idade mais avançada. Avaliar se os fatores do estilo de vida na idade adulta modificaram a relação entre altura e envelhecimento saudável.	Maior altura foi associada a uma diminuição na probabilidade de envelhecimento saudável. Uma dieta prudente rica em frutas e vegetais pode modificar a relação.	The American Journal of Clinical Nutrition

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A21	Prospective association between body mass index at midlife and healthy aging among French adults.	2017 França	Estudo transversal. n=2.733 indivíduos, com idades entre 45 e 60 anos participantes no estudo SU.VI.MAX	Avaliar a associação entre o índice de massa corporal (IMC) e o envelhecimento saudável na meia-idade na coorte SU.VI.MAX francesa.	Um IMC elevado na meia-idade foi relacionado a uma probabilidade significativamente menor de envelhecimento saudável	Obesity
A22	Healthy Aging in the Context of Educational Disadvantage: The Role of "Ordinary agic"	2017 EUA	Estudo transversal. n=17.484 auto respondentes ≥50 anos de idade. Dados do Estudo de Saúde e Aposentadoria (HRS)	Analisar os fatores (fatores demográficos, características do início da vida, comportamentos de saúde e condições de saúde física e mental) associados ao envelhecimento saudável no contexto da desvantagem educacional.	O envelhecimento saudável foi significativamente menor entre aqueles com um diploma do ensino médio. A idade avançada reduziu as chances de um envelhecimento saudável em pessoas com e sem um diploma do ensino médio.	Journal of aging and health
A23	What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan	2017 Taiwan China	Estudo de coorte. n=11 145 observações de 3155 idosos com 65 anos ou mais (Estudo Longitudinal de Taiwan sobre o Envelhecimento-TLSA)	Identificar os perfis de saúde de idosos para investigar a heterogeneidade de saúde e determinar quais fatores predizem o envelhecimento saudável em uma coorte de amostra antiga que foi acompanhada por 14 anos em Taiwan.	Com o aumento da idade, os efeitos combinados do funcionamento físico, cognitivo e emocional e das comorbidades dos idosos afetaram significativamente sua saúde. Além da deterioração da saúde com disparidades de idade (idade avançada) e sexo (mulheres), o baixo nível educacional e econômico, os comportamentos de saúde e a participação social no nível individual foram os fatores que influenciaram na previsão do envelhecimento saudável.	Geriatrics & Gerontology International

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A24	Stable kidney function indicates healthy ageing – a population-based 20-year follow-up study	2017 Finlândia	Estudo coorte. n=1032 pessoas não institucionalizadas com 70 anos de idade, que viviam na cidade de Turku, sudoeste da Finlândia	Investigar a função renal em um estudo de coorte prospectivo de base populacional de 20 anos, com o objetivo de identificar os determinantes do envelhecimento saudável.	Os adultos mais velhos que mantêm o seu peso e independência cognitiva e funcional e que estão satisfeitos com a sua vida têm uma função renal ligeiramente reduzida, mas estável. Isto sugere que a capacidade de manter a função renal estável permite um envelhecimento saudável.	European Geriatric Medicine
A25	Perfil de envelhecimento saudável em octogenários no Brasil.	2016 Brasil	Estudo transversal. n=335 octogenários em um município brasileiro (estudo Aging, Gender and Quality of Life-AGEQOL)	Identificar o perfil de envelhecimento saudável em octogenários no Brasil.	Os resultados indicam três grupos com perfil de envelhecimento mais saudável: idosos com 80-84 anos (55,6%), idosos com 85 anos e mais, casados (64,9%) e idosos com 85 anos e mais, sem companheiro e sem cuidador (54,2%). Conclui-se que os idosos mais saudáveis apresentaram: autopercepção de saúde positiva, ausência de limitação funcional, de déficit cognitivo e de outras morbidades, boa mobilidade para caminhar e bons hábitos de vida.	Rev. Latino-Am. Enfermagem
A26	Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand	2016 Tailândia	Estudo transversal. n=453 idosos com 60 anos, no nordeste da Tailândia	Descrever os fatores associados à percepção de saúde e envelhecimento saudável entre os idosos no nordeste da Tailândia	Fatores incluídos no modelo de regressão que foram associados à percepção de saúde e envelhecimento saudável: área de residência (viver fora da cidade central), presença de incapacidade/deficiências, estado civil e renda financeira (maiores rendas mensais).	Journal of Cross-Cultural Gerontology

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A27	Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS).	2016 Louisiana	Estudo transversal. n= 771 adultos com idade entre 21 e 101 anos, extraída do Louisiana Healthy Aging Study-LHAS)	Examinar as relações de fatores sociais e envelhecimento saudável	As atividades sociais e físicas foram fatores importantes para a autopercepção de saúde nos adultos com meia idade determinante para o envelhecimento saudável.	Kinesiol Rev
A28	Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea	2015 Coreia	Estudo transversal. n=171 adultos coreanos com idade entre 45 e 77 anos. Em duas cidades na província de Gyeonggi, na Coreia do Sul.	Identificar os fatores psicossociais (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, autorrealização, integridade do ego, participação em atividades de lazer e solidão) que influenciam o envelhecimento saudável e examinar suas características sociodemográficas.	Os fatores que influenciaram o envelhecimento saudável foram depressão, atividades de lazer, estado de saúde percebido, integridade do ego e autorrealizações. Os fatores relacionados ao envelhecimento saudável apresentaram correlação positiva com o estado de saúde percebido, a autoestima, as conquistas de si mesmos, as atividades de lazer e a correlação negativa com a depressão e a solidão. A depressão é o fator com maior influência no envelhecimento saudável. O estado de saúde percebido, a integridade do ego, o autocontrole, a autoestima e a participação de atividades de lazer também influenciaram o envelhecimento saudável como fatores benéficos.	Health and quality of life outcomes

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A29	The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort study	2015 Manitoba, Canadá	Estudo de coorte. n=946 residentes na comunidade com mais de 65 anos de base populacional Dados do estudo Manitoba Health and Aging Study (MSHA) - um estudo de coorte prospectivo sobre envelhecimento e demência em adultos de base comunitária e institucionalizados com 65 anos ou mais	Investigar o papel da renda e da ocupação na associação entre educação e envelhecimento saudável	Níveis mais altos de educação aumentaram a probabilidade de envelhecimento saudável. Na medida de adequação da renda percebida, houve um gradiente positivo significativo entre a satisfação com a vida e o envelhecimento saudável, principalmente em homens.	BMC Public Health
A30	Supplementation with Antioxidant Nutrients: A Post Hoc Analysis of the French Randomized Trial SU.VI.MAX	2015 França	Estudo Coorte. n= 3.966 indivíduos com idade entre 45 e 60 anos no início do estudo da coorte SU.VI.MAX 2.	Investigar as associações de longo prazo da suplementação com nutrientes antioxidantes com a probabilidade de envelhecimento saudável.	Um suprimento adequado de nutrientes antioxidantes (equivalente a quantidades fornecidas por uma dieta balanceada rica em frutas e vegetais) foi associada a um papel benéfico para o envelhecimento saudável.	American Journal of Epidemiology

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A31	A Healthy Dietary Pattern at Midlife, combined with a Regulated Energy Intake, Is Related to Increased Odds for Healthy Aging	2015 França	Estudo coorte. n=2796 homens e mulheres tinham mais de 45 anos no início do estudo participantes do estudo SU.VI.MAX.2 (estudo francês - suplementação em vitaminas e minerais antioxidantes)	Investigar a associação entre padrões alimentares globais derivados empiricamente na meia-idade e envelhecimento saudável avaliado 13 anos depois na coorte SU.VI.MAX.2.	Não houve uma associação significativa (p = 0,08), mas foi observado que a adesão a uma dieta saudável na meia-idade, que fornece micronutrientes, fibras e antioxidantes, ao mesmo tempo em que regula o consumo de energia, pode ajudar a promover o envelhecimento saudável.	Journal of Nutrition
A32	Clinical and laboratory characteristics of active and healthy aging (AHA) in octogenarian men.	2014 Finlândia	Estudo transversal. n= 458 homens (entre 77 e 92 anos de idade) empresários de Helsinque na Finlândia.	Investigar variáveis clínicas e laboratoriais associadas à boa saúde subjetiva e objetiva envelhecimento saudável) em uma coorte de homens octogenários	A fragilidade e fatores de risco vasculares (como colesterol e pressão sanguínea diastólica alta) foram associados negativamente ao envelhecimento saudável. E os fatores positivos para envelhecimento saudável foram associados a boa saúde física objetiva e subjetiva.	Aging clinical and experimental research

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (continuação)

A33	Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study.	2014 Holanda	Estudo transversal n= 2212 idosos independentes (com idade ≥70 anos) em 10 distritos de Roterdã (Holanda)	Identificar as relações de habilidades de autogerenciamento (pessoas que autorregulam e autogerem o seu bem-estar) e fragilidade com a autopercepção de saúde entre idosos residentes na comunidade na Holanda	A capacidade de autogerenciamento (significativamente mais baixos p ≤ 0,001) e a fragilidade (níveis mais elevados p ≤ 0,001) são importantes para o envelhecimento saudável entre idosos da comunidade na Holanda. Os idosos com menor escolaridade foram particularmente mais vulneráveis.	BMC Geriatrics
A34	Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing.	2014 Inglaterra	Estudo de coorte. n= 3454 homens e mulheres inicialmente livres de doença (com idade de 63,7 ± 8,9 anos no início do estudo) Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento (ELSA)	Examinar a associação entre atividade física e envelhecimento saudável ao longo de 8 anos de acompanhamento no Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento (ELSA).	A atividade física sustentada (manter-se fisicamente ativos) na velhice está associada ao envelhecimento saudável,	British Journal of Sports Medicine

Quadro 12 - Identificação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura (conclusão)

A35	Dietary flavonoid intake at midlife and healthy aging in women	2014 EUA	Estudo de coorte. n=13.818 mulheres do estudo "Nurses Health Study", que residiam em 11 estados dos EUA	Examinamos a relação da ingestão de flavonoides na meia-idade com a prevalência do envelhecimento saudável	A ingestão de flavonoides na meia-idade, especificamente flavonas, flavanonas, antocianinas e flavonóis, está associada as melhores chances de envelhecimento saudável	American Journal of Clinical Nutrition
A36	Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults.	2014 Canadá	Estudo descritivo. n=40 idosos (mulheres e homens entre 65–74, 75–84 e 85 anos ou mais) rurais (duas comunidades rurais de Watrous e Wolseley, Saskatchewan, Canadá)	Explorar os significados, experiências e percepções do envelhecimento saudável entre os idosos rurais.	Em contraste com as abordagens biomédicas, este estudo constatou que adultos idosos rurais descreveram o envelhecimento saudável como uma combinação inter-relacionada de fatores que vão desde a independência até a interação social. Identificou 5 fatores importantes para determinação do envelhecimento saudável: interação social; manter ativo; independência; visão mental otimista; e saúde cognitiva.	Educational Gerontology

Fonte: A autora, 2020.

Quarta etapa da RI (avaliação dos estudos incluídos na amostra)

A avaliação da qualidade dos estudos é crucial para a integridade científica da RI (CROSSETTI, 2012). Nesta etapa foi feita a caracterização dos estudos selecionado na amostra final da RI.

No Quadro 13 estão listados os 36 artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos para esta RI.

Quadro 13 - Artigos que contemplaram a RI, com título, nome dos autores e ano de publicação (continua)

Nº	TÍTULO	AUTORES E ANO
A1	Midlife predictors of active and healthy aging among older businessmen	Urtamo et al. (2019)
A2	Optimism and Healthy Aging in Women	James et al. (2019)
A3	Obesity and healthy aging: social, functional and mental well-being among older Canadians	Rao et al. (2018)
A4	Associations of Lifestyle Behaviour and Healthy Ageing in Five Latin American and the Caribbean Countries-A 10/66 Population-Based Cohort Study	Daskalopoulou et al. (2018)
A5	Prevalence and related factors of Active and Healthy Ageing in Europe according to two models: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	Bosch-Farré et al. (2018)
A6	Embedding Palliative Care into Healthy Aging: A Narrative Case Study from Thailand.	Thiamwong e Pungchompoo et al. (2018)
A7	How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Relate to Healthy Aging	Atallah et al. (2018)
A8	Healthy Aging Among Older Black and White Men: What Is the Role of Mastery?	Latham-Mintus, Vowels e Huskins et al. (2018)
A9	Parental longevity predicts healthy ageing among women	Shadyab et al. (2018)
A10	Community Nurses' Experiences Regarding the Meaning and Promotion of Healthy Aging in Northeastern Thailand	Manasatchakun et al. (2018)
A11	Influence of the Self-Perception of Old Age on the Effect of a Healthy Aging Program	Mendoza-Nunez et al. (2018)
A12	Index of Healthy Aging in Chinese Older Adults: China Health and Retirement Longitudinal Study	Wu et al. (2018)

Quadro 13 - Artigos que contemplaram a RI, com título, nome dos autores e ano de publicação (continuação)

A13	Conceptions of Healthy Aging Held by Relatives of Older Persons in Isan-Thai Culture: A Phenomenographic Study	Manasatchakun, Roxberg e Asp (2018)
A14	Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study.	Rodriguez-Laso et al. (2018)
A15	Social integration and healthy aging among U.S. women.	Li et al. (2018)
A16	Association Between Adherence to the Mediterranean Diet at Midlife and Healthy Aging in a Cohort of French Adults.	Assmann et al. (2018)
A17	The Inflammatory Potential of the Diet at Midlife Is Associated with Later Healthy Aging in French Adults.	Assmann et al. (2018)
A18	Healthy Aging After Age 65: A Life-Span Health Production Function Approach.	Ferdows, Jensen e Tarraf (2017).
A19	Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences	Jaspers et al. (2017)
A20	Adult height, dietary patterns, and healthy aging.	Ma et al. (2017)
A21	Prospective association between body mass index at midlife and healthy aging among French adults.	Ruhunuhewa et al. (2017)
A22	Healthy Aging in the Context of Educational Disadvantage: The Role of "*Ordinary agic*"	McLaughlin (2017)
A23	What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan	Liu e Su (2017)
A24	Stable kidney function indicates healthy ageing – a population-based 20-year follow-up study	Wuorela et al. (2017)
A25	Perfil de envelhecimento saudável em octogenários no Brasil.	Campos et al. (2016)
A26	Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand	Manasatchakun et al. (2016)
A27	Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS).	Cherry et al. (2016)
A28	Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea	Han et al. (2015)
A29	The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort stud	White et al. (2015)
A30	Supplementation with Antioxidant Nutrients: A Post Hoc Analysis of the French Randomized Trial SU.VI.MAX	Assmann et al. (2015)
A31	A Healthy Dietary Pattern at Midlife, combined with a Regulated Energy Intake, Is Related to Increased Odds for Healthy Aging	Assmann et al. (2015)

Quadro 13 - Artigos que contemplaram a RI, com título, nome dos autores e ano de publicação (conclusão)

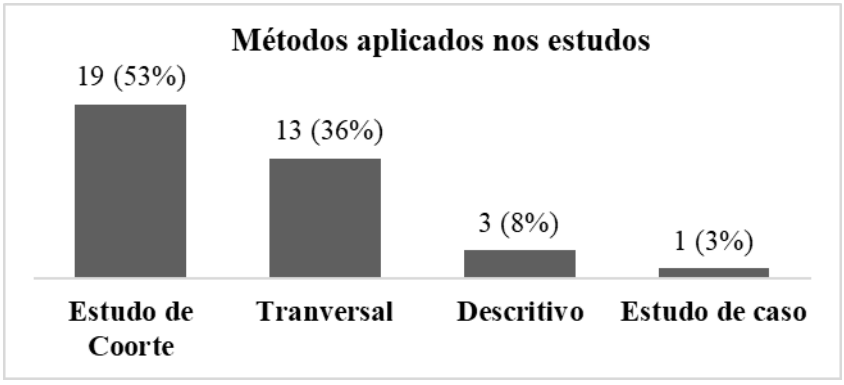
A32	Clinical and laboratory characteristics of active and healthy aging (AHA) in octogenarian men.	Rantanen et al. (2014)
A33	Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study.	Cramm, Twisk e Nieboer (2014)
A34	Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing.	Hamer, Lavoie e Bacon (2014)
A35	Dietary flavonoid intake at midlife and healthy aging in women	Samieri et al. (2014)
A36	Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults.	Bacsu et al. (2014)

Fonte: A autora, 2020.

Em relação à base de dados, foram identificados 30 artigos na base CINAHL, 5 na PUBMED e 1 na SCOPUS. O idioma predominante foi o inglês, exceto um estudo o A25 em que o idioma original foi o português.

Quanto ao método utilizado para desenvolvimento dos estudos 53% foram estudos de coorte, conforme apresenta Gráfico 1.

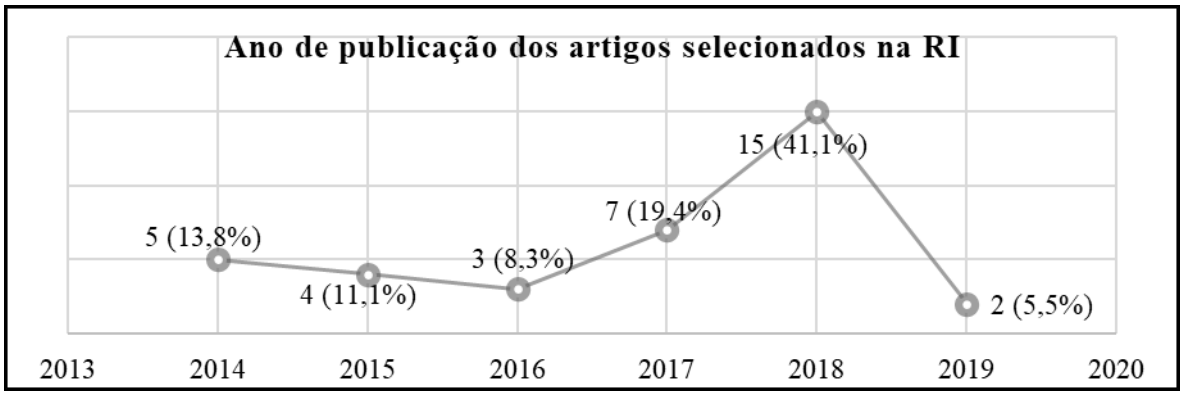
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme o método dos estudos (n=36)



Fonte: A autora, 2020.

Quanto ao ano de publicação dos estudos que compuseram a RI, observou-se o crescente interesse pela temática a partir do ano de 2015, ano em que foi lançando um novo conceito para envelhecimento saudável no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b), ver Gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme ano de publicação dos estudos (n=36)



Fonte: A autora, 2020.

Quanto aos países, os estudos se concentraram nos continentes da Europa, Américas e Ásia, conforme figura representativa abaixo. Observa-se nos estudos selecionados na RI que o mundo tem interesse no tema envelhecimento saudável, ver Figura 8.

Figura 8 - Distribuição dos artigos selecionados na RI, conforme países de desenvolvimento dos estudos

Nota: Elaborado a partir de arte gráfica disponível no site: https://www.google.com/maps.
Fonte: A autora, 2020.

Quinta etapa da RI (interpretação dos resultados)

As definições de envelhecimento saudável relatadas nos artigos incluídos na amostra final da RI foram agrupadas em duas perspectivas conceituais (modelo biomédico e modelo psicossocial) utilizadas ontologicamente, conforme quadro abaixo. Os artigos (A1, A2, A5, A7, A9, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A30, A31, A34, A35) com definição voltada à perspectiva do modelo biomédico, focavam o conceito na ausência de doenças, de comprometimento físico, cognitivo e mental. Já os artigos (A3, A4, A6, A8, A10, A11, A12, A13, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A32, A33, A36) que conceituavam envelhecimento saudável voltados na perspectiva psicossocial focavam nas atitudes, na resiliência e nas interações sociais como chaves do conceito. Ver Quadro 14.

Quadro 14 - Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa (continua)

Nº	PERSPECTIVA DO CONCEITO	DEFINIÇÃO DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	AUTORES E ANO
A1	Biomédico	Bem-estar social, ausência de comprometimento cognitivo, sensação de felicidade, capacidade de realizar atividades de vida diária e ausência de doença crônica significativas.	Urtamo et al. (2019)
A2	Biomédico	Ausência de doenças crônicas, ausência de comprometimento subjetivo da memória e ausência limitações físicas.	James et al. (2019)
A3	Psicossocial	Manter o bem-estar físico, social e mental com a idade, capacidade de manter a autonomia e a independência.	Rao et al. (2018)
A4	Psicossocial	Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice.	Daskalopoulou et al. (2018)
A5	Biomédico	Bem-estar físico, mental e social, ausência de doenças importantes e incapacidades (capacidade de realizar atividades de vida diária), ausência comprometimento cognitivo, manutenção do funcionamento físico e engajamento social.	Bosch-Farré et al. (2018)
A6	Psicossocial	Processo positivo acumulado que equilibra a interação entre o corpo, mente e status social e econômico, bem como entre a vida e o meio ambiente.	Thiamwong e Pungchompoo (2018)

Quadro 14 - Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa (continuação)

A7	Biomédico	Ausência de doenças crônicas, ausência de dor limitadora de função, bom funcionamento físico e cognitivo, independência funcional, ausência de sintomas depressivos e boa saúde social e autopercepção.	Atallah et al. (2018)
A8	Psicossocial	Boa saúde subjetiva e livre de incapacidades; ausência de doenças crônicas.	Latham-Mintus, Vowels e Huskins (2018)
A9	Biomédico	Capacidade para atingir a idade avançada, sem condições crônicas ou limitações físicas.	Shadyab et al. (2018)
A10	Psicossocial	Manutenção da autonomia do indivíduo e capacidade de cuidar de si mesmo.	Manasatchakun et al. (2018)
A11	Psicossocial	Autocuidado, ajuda mútua e autopromoção da saúde e prevenção de doenças crônicas.	Mendoza-Nunez et al. (2018)
A12	Biomédico	Controle da pressão arterial sistólica, ausência de doença pulmonar (doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite crônica, enfisema), sem comprometimento cognitivo, controle dos níveis séricos de glicose em jejum em níveis normais (≤100 mg / Dl), boa função renal (taxa de filtração glomerular), bons níveis de proteína C reativa (0 = ≤ 0,81 mg / L para homens e ≤0,77 mg / L para mulheres, 1 = 0,81-1,98 mg / L para homens e 0,77–1,86 mg / L para mulheres, 2 = ≥1,98 mg / L para homens e ≥1,86 mg / L para mulheres), livre de incapacidades e limitação funcional.	Wu et al. (2018)
A13	Psicossocial	Ausência de doenças, ter autonomia, ser independente e ter engajamento social.	Manasatchakun, Roxberg e Asp (2018)
A14	Biomédico	Livre de doença, incapacidades e fatores de risco para doenças, bom funcionamento físico e cognitivo.	Rodriguez-Laso et al. (2018)
A15	Biomédico	Ausência de doença crônica, sem comprometimento cognitivo, sem comprometimento físico e mental	Li et al. (2018)

Quadro 14 - Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa (continuação)

A16	Biomédico	Ausência de doença crônica importante, ausência de dor limitante de função, ausência de limitações nas atividades instrumentais da vida diária, ausência de sintomatologia depressiva, ausência de limitações relacionadas à saúde na vida social; bom funcionamento físico e cognitivo, e boa autopercepção global de saúde.	Assmann et al. (2018)
A17	Biomédico	Ausência de doença crônica importante, ausência de dor limitante de função, ausência de limitações nas atividades instrumentais da vida diária, ausência de sintomatologia depressiva, ausência de limitações relacionadas à saúde na vida social; bom funcionamento físico e cognitivo, e boa autopercepção global de saúde.	Assmann et al. (2018)
A18	Biomédico	Ausência de doenças graves; ausência de deficiência (capacidade para realizar cinco atividades da vida diária e instrumentais de vida); bom funcionamento físico e cognitivo; e engajamento social.	Ferdows et al. (2017).
A19	Biomédico	Ausência de doenças crônicas, bem-estar psicológico, bom funcionamento cognitivo, bom funcionamento físico, ausência de dor severa (nas mãos, joelhos, quadris ou nas costas), apoio social e qualidade de vida.	Jaspers et al. (2017)
A20	Biomédico	Ausência de doenças crônicas, sem comprometimento da memória, sem comprometimento da função física e boa saúde mental.	Ma et al. (2017)
A21	Biomédico	Ausência de câncer incidente, doença cardiovascular ou diabetes tipo 2, bom funcionamento físico e cognitivo, ausência de limitações nas atividades instrumentais da vida diária, ausência de sintomatologia depressiva, ausência de limitações relacionadas à saúde na vida social, boa autopercepção global de saúde e ausência de dor limitante de função.	Ruhunuhewa et al. (2017)
A22	Biomédico	Ausência de comprometimento cognitivo, livre de deficiência, e bom funcionamento físico	McLaughlin (2017)
A23	Biomédico	Boas condições de saúde física e mental, sem limitações sensoriais (audição e visão) e funcionais (capacidade para realizar as atividades de vida diária e instrumental e ter mobilidade), ausência de doenças crônicas e boa auto percepção global da saúde.	Liu e Su (2017)

Quadro 14 - Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa (continuação)

A24	Psicossocial	Bom funcionamento físico e psicocognitivo, bem como o estado de saúde percebido e a satisfação com a vida.	Wuorela et al. (2017)
A25	Psicossocial	Autopercepção de saúde positiva (boa e muito boa); ser funcionalmente independente para todas as atividades diárias e instrumentais; não apresentar de déficit cognitivo; ser capaz de caminhar pelo menos três quarteirões sem ajuda; não ter doenças agudas nem crônicas conhecidas; consumir menos de três medicamentos; não fumar (nunca fumou e fumava, mas agora parou), nem beber habitualmente (nenhum e menos de 1 dia por semana)	Campos et al. (2016)
A26	Psicossocial	Saúde percebida, não necessariamente livre de doenças crônicas ou incapacidade.	Manasatchakun et al. (2016)
A27	Psicossocial	Ausência de doença e incapacidade e falta de fatores predisponentes para com estes, manutenção da função física e cognitiva, e envolvimento contínuo em atividades sociais e atividades produtivas.	Cherry et al. (2016)
A28	Psicossocial	Saúde física, cognitiva- mental e apoio social.	Han et al. (2015)
A29	Psicossocial	Saúde física, cognitiva, social e psicológica.	White et al. (2015)
A30	Biomédico	Ausência de doença (câncer, doença cardiovascular ou diabetes), bom funcionamento físico e cognitivo, sem limitações nas atividades instrumentais da vida diária, sem sintomas depressivos, nenhuma limitação relacionada à saúde na vida social, boa autopercepção geral de saúde e nenhuma dor limitadora de função.	Assmann et al. (2015)
A31	Biomédico	Ausência de doença (câncer, doença cardiovascular ou diabetes), bom funcionamento físico e cognitivo, sem limitações nas atividades instrumentais da vida diária, sem sintomas depressivos, sem limitações relacionadas à saúde na vida social, boa autopercepção geral de saúde e sem dor limitadora de função.	Assmann et al. (2015)
A32	Psicossocial	Engajamento social, sem problemas de memória subjetiva (bom funcionamento cognitivo), sentimento de felicidade (refletindo bem-estar psicológico), sem dificuldades para realizar as atividades instrumentais da vida diária (bom funcionamento físico), ausência de doenças crônica.	Rantanen et al. (2014)

Quadro 14 - Definições para envelhecimento saudável, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa (conclusão)

A33	Psicossocial	Capacidade de autogerenciamento (dependem não apenas dos aspectos físicos de saúde do envelhecimento, mas também dos aspectos sociais e psicológicos da vida, como socializar regularmente com amigos / familiares) e sem fragilidade (síndrome geriátrica multidimensional que consiste em fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais)	Cramm, Twisk e Nieboer (2014)
A34	Biomédico	Ausência de doença crônica, ausência de comprometimento da função cognitiva, não ter grande limitação de funções físicas e ter boa saúde mental.	Hamer, Lavoie e Bacon (2014)
A35	Biomédico	Ausência de doenças crônicas, sem comprometimento da função cognitiva, nenhuma deficiência física e saúde mental.	Samieri et al. (2014)
A36	Psicossocial	Interação social, manter-se ativo, independência, visão mental otimista e saúde cognitiva.	Bacsu et al. (2014)

Fonte: A autora, 2020.

Dos 36 artigos selecionados na RI 52,7% (n=19) os autores definiram envelhecimento saudável com base na perspectiva do modelo biomédico, com ênfase na saúde física, capacidade funcional e cognitiva, eventualmente apoiada na dimensão psicológica e social. Dezessete autores (47,3%) conceituaram envelhecimento saudável alicerçado na perspectiva psicossocial, independentemente da saúde física, um conceito voltado para bem-estar psicológico e social.

Sexta etapa da RI (apresentação da revisão/síntese do conhecimento)

Os artigos selecionados na RI descreviam a multidimensionalidade do fenômeno envelhecimento saudável. Apesar do reconhecimento da multidimensionalidade do envelhecimento saudável, a RI foi centrada na divisão de duas perspectivas, a biomédica e a psicossocial.

A representatividade do conceito de envelhecimento saudável nos artigos da RI também estava atrelada a definição de envelhecimento ativo proposto pela OMS, em 2002, do documento "Envelhecimento ativo: uma política de saúde". Uma associação do envelhecimento saudável ao bem-estar físico, social e mental.

A definição de envelhecimento saudável divulgada no documento "Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde", publicado em 2015, pela OMS, traz uma análise das mais

recentes evidências a respeito do processo de envelhecimento e pondera muitas percepções e suposições comuns baseadas em estereótipos ultrapassados. Alguns autores dos artigos selecionados na RI relataram está nova perspectiva para o fenômeno envelhecimento saudável, focado no desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.

Foi observado na RI uma escassez de estudos que apresentassem uma definição da representatividade do conceito de envelhecimento saudável na prática clínica do enfermeiro.

3.2 **Resultados e discussão: análise conceitual**

Nesta etapa foram atendidos o segundo e o terceiro objetivos específicos, a saber: analisar o conceito de envelhecimento saudável; e propor o título, a definição e as características definidoras para o novo DE. Para isso foram apresentados os resultados de cada passo do método de análise conceitual segundo Walker e Avant (2019).

Primeiro passo (seleção do conceito)

O conceito selecionado foi envelhecimento saudável.

Segundo passo (determinação dos objetivos da análise conceitual)

O objetivo foi analisar o fenômeno do envelhecimento saudável, a fim de subsidiar a sua identificação na prática clínica do enfermeiro. Deste modo, ensejando a construção de um DE voltado a promoção do envelhecimento saudável.

Terceiro passo (identificação dos possíveis usos do conceito)

Além do conceito de envelhecimento saudável descrito no relatório mundial da saúde e envelhecimento da OMS, publicado em 2015, também foi identificado os possíveis usos do conceito por meio de uma revisão integrativa da literatura. As etapas da RI foram descritas detalhadamente na etapa metodologia anterior deste estudo.

O conceito de envelhecimento saudável da OMS (2015b) não concentra a morbidade ou doença como base principal do conceito, sendo definido como: “[...] o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade

avançada" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 13). É um conceito centrado no indivíduo, no curso de vida e perspectivas baseadas na capacidade funcional.

As definições de envelhecimento saudável identificadas na literatura são diversas, não são consensuais e focam em especial aspectos biomédicos. Alguns autores dos artigos selecionados na etapa de RI deste estudo apresentaram um conceito de envelhecimento saudável numa perspectiva biomédica, com ênfase na ausência de doenças e saúde física. Outros autores da RI expuseram uma perspectiva conceitual psicossocial, voltado para o bem-estar psicológico, espiritual e social.

As perspectivas conceituais biomédica e psicossocial isoladamente claramente não abarcam o conceito atual de envelhecimento saudável proposto pela OMS (2015b). Os atributos psicossociais por si só não abordam as mudanças físicas associadas ao envelhecimento, assim como ausência de doença não leva em conta os indivíduos que apesar de presença de comorbidades se consideram seres humanos saudáveis e integrados ao seu ambiente.

Determinação dos atributos definidores

Os atributos definidores foram determinados a partir de expressões mais frequentes relacionadas com o conceito de envelhecimento saudável referido nos estudos avaliados na RI. Foram identificados sete atributos definidores dentre os 36 artigos analisados. O Quadro 15 apresenta a distribuição dos atributos críticos do conceito de envelhecimento saudável e suas respectivas definições conceituais, conforme os autores dos artigos que contemplaram a revisão integrativa.

Quadro 15 - Distribuição dos atributos críticos do conceito de envelhecimento saudável e suas respectivas definições conceituais (n=36)

ATRIBUTOS CRÍTICOS	DEFINIÇÕES CONCEITUAIS	f (%)
Ausência de comprometimento físico (A1, A2, A3, A5, A7, A8, A9, A12, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, A31, A32, A34, A35)	Ausência de deficiência física e incapacidades que dificulte o desempenho físico e a realização de atividades instrumentais e diárias da vida (MANINI, 2011, NUNES et al., 2017).	80,5% (n=29)
Ausência de comprometimento cognitivo (A1, A2, A5, A7, A12, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A24, A25, A27, A28, A29, A30, A31, A32, A34, A35, A36)	Sem comprometimento da memória, envolve toda a esfera do funcionamento mental e implica em habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos externos (ANDRADE et al., 2017).	69,4% (n=25)
Ausência de doença (A1, A2, A5, A7, A8, A9, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A23, A25, A26, A27, A30, A31, A32, A34, A35)	Ausência de doença que comprometa a capacidade funcional (SANTOS JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014).	69,4% (n=25)
Bem-estar psicológico (A1, A3, A5, A6, A7, A15, A16, A17, A19, A20, A21, A23, A24, A28, A29, A30, A31, A32, A33, A34, A35, A36)	Envolve a autoaceitação, administração das situações de vida, autonomia, relacionamentos positivos, crescimento pessoal e propósitos de vida (RYFF, 2014).	61,1% (n=22)
Engajamento social (A1, A3, A5, A6, A7, A13, A16, A17, A18, A19, A21, A27, A28, A29, A30, A31, A32, A36)	Manutenção de redes sociais e participação em atividades sociais (GUEDES et al., 2017; LIMA et al., 2018; PINTO; NERI, 2017).	50% (n=18)
Boa autopercepção de saúde (A7, A8, A16, A17, A21, A23, A24, A25, A26, A30, A31)	Bom estado de saúde auto relatado, que para idosos devem estar atrelados ao contexto físico, cognitivo e emocional quanto a aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida (CONFORTIN et al., 2015)	30,5% (n=11)
Ausência de dor limitante de função (A7, A16, A17, A19, A21, A30, A31)	Ausência de dor crônica que possa limitar a capacidade funcional (FERRETTI et al., 2019).	19,4% (n=7)

Fonte: A autora, 2020.

O atributo “ausência de comprometimento físico” foi mencionado em 80,5% (n=29) dos estudos analisados na RI.

Envelhecer sem deficiências físicas e incapacidades pode significar envelhecer com boa saúde, força e vitalidade, mas não necessariamente um atributo isolado do conceito de envelhecimento saudável. A presença de deficiência física pode dificultar a realização das atividades instrumentais e diárias da vida do idoso, mas as limitações impostas pela deficiência podem ser superadas e ele pode adaptar-se às condições (MANINI, 2011).

O atributo “ausência de doença” foi citado por 69,4% (n=25) dos autores dos artigos analisados na RI. Doenças crônicas associadas ao envelhecimento podem afetar a capacidade funcional (SANTOS JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Os autores dos artigos (A1, A2, A5, A7, A8, A9, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A23, A25, A26, A27, A30, A31, A32, A34, A35) da RI relataram as doenças crônicas que podem impactar no envelhecimento saudável, a saber: ausência de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio, cirurgia de revascularização miocárdica ou angioplastia coronariana e insuficiência cardíaca congestiva; acidente vascular cerebral; doença de Parkinson e doença de Alzheimer; artrite reumatoide; câncer; doenças respiratórias - doença pulmonar obstrutiva e asma; diabetes tipo 2; falência renal; esclerose múltipla; e fratura de quadril. Ausência de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus foram as mais citadas dentre os estudos, como sendo doenças capazes de ocasionar comprometimento da capacidade funcional interferindo no envelhecimento saudável.

Estudos (ACIOLE; BATISTA, 2013; NUNES, J. et al., 2017; SANTOS JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014) ressaltam a importância da promoção, prevenção e identificação precoce de doenças e declínios funcionais, a fim de evitar ou minimizar danos à qualidade de vida do idoso.

A “ausência de comprometimento cognitivo” foi identificada (69%/n=25) como um atributo do conceito de envelhecimento saudável, sendo considerado um fator preditor de capacidade funcional (ANDRADE et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017). A incapacidade cognitiva é uma das síndromes geriátricas que pode ser causada por demência, depressão, delirium e doenças mentais, como a esquizofrenia, exercendo influência sobre a autonomia e independência do idoso (NUNES, J. et al., 2017). A incapacidade poderá ser definida através da baixa performance nos testes cognitivos e da dependência nas atividades de vida diária (MORAES; MARIANO; SANTOS, 2010).

A adoção de medidas de avaliação e promoção do funcionamento cognitivo do idoso favorece o bem-estar psicológico e a qualidade de vida na velhice (ANDRADE et al., 2017; CACHIONI et al., 2017; MACEDO et al., 2019).

O “bem-estar psicológico” foi citado em 22 (61%) artigos da RI como um atributo do conceito de envelhecimento saudável. O bem-estar psicológico envolve a autoaceitação, relação positiva com o outro, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (RYFF, 2014). Dentre os artigos da RI o conceito estava voltado a ausências de transtorno de humor, ansiedade e sintomas depressivos.

A implementação de estratégias que favoreçam a promoção da saúde mental exerce um potencial de promover o empoderamento e adaptação às mudanças próprias do processo de envelhecimento, fortalecendo o bem-estar psicológico (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

Em 50% (n=18) dos estudos analisados na etapa de RI o “engajamento social” foi identificado como um atributo para o conceito de envelhecimento saudável. O engajamento social, ou seja, a composição da rede social e a prática de atividades sociais que são capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida, configuram-se em comportamentos sociais que influenciam a saúde e o bem-estar do idoso (PINTO; NERI, 2017; SILVA JÚNIOR et al., 2019).

As relações sociais e o suporte social, que inclui estruturas de suporte interno e externo, como o ambiente, família e comunidade, são fatores contribuintes para o envelhecimento saudável. As atividades desenvolvidas em grupo contribuem para a manutenção da capacidade funcional, autonomia e independência na velhice (GUEDES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2019).

A “autopercepção de saúde” também foi identificada em 30,5% (n=11) dos artigos da RI como um atributo do conceito de envelhecimento saudável. Dentre os estudos os autores mensuraram qualitativamente (bom, razoavelmente bom e ruim) o estado de saúde autorrelatado pelos idosos como sendo um dos fatores para determinar o envelhecimento saudável.

A percepção do idoso sobre seu próprio estado de saúde tem se transformado em um importante marcador do seu bem-estar e qualidade de vida. A maneira como o idoso lida com seu estado de saúde determinará o seu comportamento, suas escolhas e seu modo de viver (BORGES et al., 2014; CONFORTIN et al., 2015; JEREZ-ROIG et al., 2016).

A dor foi citada em 19,4% (n=7) dos artigos da RI como um atributo que contribui para a averiguação do estado de envelhecimento saudável. A dor crônica pode limitar a capacidade funcional, comprometendo o envelhecimento saudável (FERRETTI et al., 2018; JASPER et al., 2017).

A combinação dos atributos mencionados acima corrobora com a definição de envelhecimento saudável pontuado no relatório mundial de envelhecimento e saúde, publicado em 2015 pela OMS.

Construção do caso modelo

A construção de casos ajuda a refinar os atributos de um conceito específico e, consequentemente, facilita seu entendimento (WALKER; AVANT, 2019). Com base nos achados da RI foi elaborado um caso modelo fictício, o qual contém os atributos definidores do conceito de envelhecimento saudável. Dessa maneira, foi possível entender e reconhecer cada atributo empiricamente.

Caso modelo: Sra. M.A, parda, 73 anos de idade, casada, sexo feminino, professora aposentada, com condição econômica estável. Tem dois filhos e dois netos que frequentam a sua casa onde mora com seu marido. A sua casa está localizada em condômino fechado com boa estrutura de lazer (o condomínio possui quadra de esportes, piscina, academia, um pequeno bosque com pista própria para caminhada). Caminha diariamente durante uma hora com um grupo de amigos/vizinhos e seu marido. É voluntária de uma associação comunitária que ajuda jovens carentes a ingressarem na vida profissional, onde leciona duas vezes por semana. Prática hidroginástica duas vezes por semana. Vai ao supermercado, bancos e dirige seu automóvel sem dificuldades. Hipertensão controlada com uso de medicamentos e alimentação saudável. Não tem hábitos nocivos, como fumar e beber. Previne-se contra doenças, principalmente as cardíacas e respiratórias seguindo sistematicamente ao calendário de vacinação. Segue uma dieta balanceada recomendada por uma nutricionista e sistematicamente realiza os exames de rotina aconselhados pelo seu médico. Tem boa memória e auto relata boa saúde, considera-se uma idosa saudável e bem-sucedida. Trabalha eventualmente em casa como consultora no âmbito da educação.

Discussão do caso-modelo: o caso modelo apresentado realça os atributos do conceito de envelhecimento saudável, que deverão ser preservados para um envelhecer com qualidade de vida. No caso apresentado acima a pessoa é idosa, se reconhece como idosa, autorrelata boa percepção de saúde, não tem comprometimento físico, cognitivo e mental. A pessoa é

engajada socialmente com sua comunidade e família. Mantém um estilo de vida saudável e sua capacidade funcional. A idosa integra-se com o ambiente em que vive.

Construção de casos adicionais

Foram elaborados como casos adicionais um caso contrário e um caso limítrofe ou *borderline*. O caso contrário não representa o conceito, ou seja, não contém os atributos do conceito, apresentando uma descrição oposta do caso modelo. Já o caso limítrofe ou *bordeline*, contém alguns atributos críticos do conceito, mas não todos eles, e podem ainda conter a maioria dos critérios, mas diferem substancialmente em um deles. Estes casos são inconsistentes de alguma forma e, como tal, eles auxiliam a entender porque não é um caso modelo (WALKER; AVANT, 2019).

Caso contrário: Sr. J.S, negro, bancário, 75 anos de idade, alfabetizado, mora sozinho, viúvo há 2 anos. Ele se isolou da família e da comunidade. Tabagista, diabético e hipertenso. Não pratica atividade física. Calendário vacinal desatualizado, nunca tomou vacina de prevenção de gripe. Há 2 anos começou a consumir álcool diariamente para tentar amenizar a solidão. Refere sentir muita saudade da esposa falecida. Tem boa memória, porém, evidencia sintomas depressivos, com alteração de humor. Tem dois filhos casados que moram em outra cidade. Por 15 dias esteve internado em um hospital privado para tratamento cirúrgico de amputação do pé direito por complicação de diabetes. Ficou com dificuldades de locomoção pela amputação, com dependência para realizar atividades diárias da vida, como: ir ao supermercado, bancos e dirigir seu automóvel.

Discussão do caso contrário: no caso contrário a pessoa idosa não apresenta os atributos relacionados ao envelhecimento saudável. Sua capacidade funcional, autonomia e a sua independência estão comprometidas. Um possível diagnóstico de enfermagem para este indivíduo seria “síndrome do idoso frágil (00231)”, pois já apresenta desequilíbrio do estado dinâmico em particular a incapacidade.

Caso limítrofe (*borderline*): Sra. M.S, parda, 62 anos de idade, dentista ainda mantendo as atividades profissionais 3 vezes por semana em seu consultório. Mora sozinha, viúva há 4 anos. É tabagista (média um maço por semana). Pressão arterial não controlada, hipertensa não aderente ao regime de tratamento. Não pratica atividade física. Tem boa memória, sem dependência para realizar atividades diárias da vida, como: ir ao supermercado, bancos e dirigir seu automóvel.

Discussão do caso limítrofe (*borderline*): No caso limítrofe são identificados alguns atributos do conceito de envelhecimento saudável, mas não substancialmente. Pois, a pessoa possui hipertensão arterial não controlada. É possível usufruir de um envelhecimento saudável com alguma comorbidade, mas é necessário que esta esteja controlada. Neste momento, poderia ser considerado o diagnóstico "controle ineficaz da saúde (00078)", pois a pessoa apresenta dificuldade em aderir ao regime terapêutico para o controle e tratamento da hipertensão arterial.

Identificação de antecedentes e consequentes

Antecedentes: segundo Walker e Avant (2019) são fatores que devem ocorrer antes do conceito, favorecendo o entendimento do contexto no qual o conceito é usado. Foram identificados sete fatores que influenciam no envelhecimento saudável, conforme Quadro 16.

Quadro 16 - Distribuição e respectivas definições dos antecedentes do conceito de envelhecimento saudável (n=36)

ANTECEDENTES	DEFINIÇÕES	f (%)
Capacidade para realizar as atividades de vida diária (A1, A2, A3, A5, A7, A8, A9, A12, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, A31, A32, A34, A35)	Capacidade de decidir e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado (ARAUJO et al., 2019).	80,5% (n=29)
Estilos de vida saudável (A1, A3, A4, A7, A12, A16, A17, A18, A20, A21, A24, A25, A30, A31, A32, A34, A35)	Manter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, não fumar e consumir moderadamente bebida alcoólica (FLORES et al., 2016, 2018)	47,2% (n=17)
Bom nível educacional (A2, A5, A11, A12, A14, A18, A22, A23, A29, A33)	O cumprimento de um determinado ciclo de estudos, para que o indivíduo tenha capacidade para obter, processar e compreender informações básicas de saúde, para tomada de decisões adequadas (BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016; LIMA et al., 2019a).	27,7% (n=10)
Resiliência (A3, A4, A6, A13, A28, A33, A36)	Capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (LIMA et al., 2019b).	19,4% (n=7)
Apoio familiar (A6, A12, A25, A26)	Possuir uma rede familiar disponível para auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida (AL UBAIDI, 2017; SEIBEL et al., 2017; SILVA, M. et al., 2014).	11,1% (n=4)
Apoio espiritual (A6, A10)	Busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (CATRE et al., 2014, 2016; CHAVES; GIL, 2015; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).	5,5% (n=2)
Autocuidado (A10, A11)	Capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (OREM, 2001).	5,5% (n=2)

Fonte: A autora, 2020.

A “capacidade para realizar as atividades de vida diária” foi identificada como um antecedente do conceito de envelhecimento saudável apontados em 80,5% (n=29) dos artigos da RI. A capacidade para realizar as atividades de vida diária está relacionada com a preservação do desempenho nas atividades de vida diária, que se subdividem em atividades

básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (ARAUJO et al, 2019). As ABVD envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado e a AIVD abrange as tarefas que permitem a manutenção da vida em comunidade (DIAS et al., 2015; LAWTON; BRODY, 1969; IMAGINÁRIO et al., 2017).

A manutenção e desenvolvimento da capacidade funcional e o elemento essencial para alcançar o envelhecimento saudável descrito no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015).

O "estilo de vida saudável" foi citado em 47,2% (n=17) dos artigos analisados na RI como um antecedente para o envelhecimento saudável.

O estilo de vida influência diretamente na capacidade funcional, idosos que mantêm o condicionamento físico e uma alimentação equilibrada, tendem a não ter ou conseguem controlar problemas de saúde como doenças crônicas (FLORES et al., 2016, 2018).

Estudos (FLORES et al., 2016, 2018; GOMES; SOARES; GONÇALVES, 2016; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013) evidenciaram que o aconselhamento à comportamentos de saúde saudáveis (cuidado com a alimentação, prática de atividade física e redução do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo) por profissionais de saúde podem tornar os indivíduos ativos sobre seu processo de saúde, além de valorizar e estimular a autonomia, fatores que contribuem para o envelhecimento saudável.

O antecedente "bom nível educacional" foi expressado em 27,7% (n=10) dos artigos da RI como um fator determinante para o envelhecimento saudável. A educação é um fator social que pode aumentar a aptidão cognitiva resultando em aprendizagem de conhecimento e habilidades específicas para aumentar a eficiência no manejo da informação, contribuindo para um envelhecimento saudável (BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016; DOMICIANO et al., 2014; LIMA et al., 2019ª; SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

Estudos (BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016; DOMICIANO et al., 2014; MONDENEZE et al., 2013; SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014;) apontaram que menores níveis educacionais, entre outros fatores socioeconômicos, contribuem negativamente para saúde física, com repercussões na qualidade de vida e consequente no envelhecimento saudável.

O enfermeiro pode contribuir significativamente para melhorar a alfabetização em saúde de idosos por meio do trabalho educacional em saúde e promoção da saúde (BIASOLI; MORETTO; GUARIENTO, 2016; LIMA et al., 2019ª). Estudos (LIMA et al., 2019a; ROMERO; SCORTEGAGNA; DORING, 2018) enfatizam a importância da avaliação do

letramento funcional em saúde (capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde) em pessoas idosas de forma a implementar intervenções de educação em saúde, que possam se refletir em adequação das escolhas e comportamentos de saúde, elevando o nível de promoção da saúde do idoso.

O “apoio familiar” foi citado em 11,1% (n=4) dos artigos analisados na RI como um antecedente de envelhecimento saudável. O apoio familiar colabora de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicossocial do idoso. A família concebe ao indivíduo o ambiente de edificação de sua identidade, arquitetando seu espaço, onde situa sua história de vida e suas construções pessoais e sociais, sendo intrínseca à apreensão do processo de envelhecimento e suas resultantes (BATISTA; CRISPIM, 2012; REIS; TRAD, 2015; SANTOS; PAVARINI, 2012; TESTON; SILVA; MARCON, 2017).

Deste modo, se faz necessário que o enfermeiro identifique as respostas humanas de disfunções e disposição para processos familiares melhorados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) para o planejamento de intervenção que possibilitem o fortalecimento das relações familiares que consequentemente refletem na promoção do envelhecimento saudável.

Na classificação NANDA-I (2018-2020) está previsto no domínio 7 (papéis e relacionamentos) na classe 2 (relações familiares) alguns diagnósticos não declarados especificamente para promoção do envelhecimento saudável, mas são diagnósticos que podem auxiliar o enfermeiro na identificação de respostas humanas voltadas as disfunções de processos familiares (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O “apoio espiritual” foi relatado em 5,5% (n=2) dos artigos selecionados na RI como um antecedente de envelhecimento saudável. A espiritualidade torna-se indispensável para a comunhão com essa grande metamorfose que é envelhecer, o idoso encara de forma positiva essa nova fase da vida (CHAVES; GIL, 2015; OLIVEIRA; ALVES, 2014; MARINHO; REIS, 2017; TAVARES et al., 2017).

Na taxonomia NANDA-I (2018-2020) no domínio 10 (princípios da vida) estão dispostos diagnósticos relacionados a valores e crenças, que também não são declarados especificamente para a promoção do envelhecimento saudável, mas poderão auxiliar o enfermeiro na identificação da resposta humana de integrar significado e objetivo à vida (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Considerando o envelhecimento saudável um fenômeno a ser alcançado por quem deseja, o autocuidado torna-se um antecedente a esse propósito. O antecedente “autocuidado”, foi identificado em 5,5% (n=2) dos artigos da RI. O autocuidado é conceituado por Dorothea

Orem como a capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo, em benefício próprio, para satisfazer as necessidades do próprio ser, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais, com base em determinados requisitos ou condições (OREM, 2001).

O autocuidado faz parte da classe 5 do domínio 4 (atividade e repouso) da taxonomia NANDA-I (2018-2020), onde está localizado o DE "disposição para melhora do autocuidado (00182)", definido na NANDA-I (2018-2020) como: "[...] padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde que pode ser melhorado" (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p.244). É uma das respostas humanas que pode ser identificada pelo enfermeiro, a fim de propor as ações de promoção da saúde para o alcance do envelhecimento saudável.

A promoção da saúde com enfoque no autocuidado pode contribuir para que os indivíduos venham a se cuidar, influenciando positivamente na preservação de sua autonomia, independência, condições de saúde, qualidade de vida e envelhecimento saudável (CARVALHO et al., 2018; JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; MESQUITA; CAVALCANTE; SIQUEIRA, 2016; TABRIZI; BEHGHADAMI; SAADATI, 2018).

A resiliência definida como a capacidade humana de se recuperar, mudar e se adaptar às situações adversas de vida (MACLEOD et al., 2016; SILVA JÚNIOR et al., 2019), foi identificada em 19,4% (n=7) dos artigos da RI, como um evento que antecede o envelhecimento saudável. A resiliência está associada à qualidade de vida e ao potencial de superação de adversidades, comorbidades físicas e à própria capacidade funcional, o que pode explicar como os indivíduos com doenças crônicas são capazes de manter o controle sobre a doença e autopercepção de saúde positiva, e ainda vincular-se a um envelhecimento saudável (ARAÚJO; SILVA, 2017; HASSANI, 2017; LEAO et al., 2018; MANEERAT; ISARAMALAI; JANTIYA, 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2019).

O conceito de resiliência pressupõe o potencial dos seres humanos para produzir saúde. Apresenta-se como um dos possíveis caminhos de atuação dos profissionais da área da saúde, em especial o enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. O enfermeiro pode promover ações de saúde que desenvolvam ou fortaleçam os sujeitos para enfrentar as condições adversas de saúde e do próprio processo de envelhecimento (ARAÚJO; SILVA, 2017; LEAO et al., 2018; MANEERAT; ISARAMALAI; JANTIYA, 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2019).

Na classificação de diagnósticos da NANDA-I (2018-2020) no domínio 9 (Enfrentamento/tolerância ao estresse), na classe 2 (Respostas de enfrentamento) está disposto

o DE “disposição para resiliência melhorada (00212)” definido na taxonomia como: “[...] padrão de capacidade de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode ser melhorado” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p.338). Também não é um diagnóstico declarado para a promoção do envelhecimento saudável, mas poderá auxiliar o enfermeiro na identificação dessa resposta humana no idoso.

Consequências: conforme já abordado, representam eventos ou incidentes que ocorrem como resultado do conceito (WALKER; AVANT, 2019). Foram identificadas três consequência como resultado do conceito de envelhecimento saudável. Ver Quadro 17.

Quadro 17 - Distribuição e respectivas definições das consequências do resultado do conceito de envelhecimento saudável (n=36)

CONSEQUÊNCIA	DEFINIÇÕES	f (%)
Qualidade de vida (A1, A2, A3, A15, A16, A17, A19, A20, A21, A27, A29, A30, A31, A32, A35)	Segundo a OMS (1995) é “[...] a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995, p.7).	41,6% (n=15)
Independência (A3, A13, A25, A33, A36)	Capacidade de viver de acordo com os próprios termos e participar dos próprios cuidados (DEON; GOLDIM, 2016; SILVA et al., 2019).	13,8% (n=5)
Autonomia (A3, A10, A13)	Capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras (LANGE et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).	8,33% (n=3)

Fonte: A autora, 2020.

É importante lembrar, que as consequências do envelhecimento saudável só podem ocorrer se os antecedentes estiverem presentes.

A qualidade de vida, uma consequência do conceito de envelhecimento saudável atribuído pela OMS (2015b), foi identificada em 15 (41,65%) artigos analisados na RI.

A promoção do envelhecimento saudável está intimamente relacionada com a qualidade de vida, no que concerne aos aspectos que influenciam as relações, o convívio e o cotidiano em que se vive (CABRAL et al., 2015; MARQUES; VICARIO, 2014). Percebe-se

então o papel fundamental da população sobre a construção de sua qualidade de vida, sendo direcionada e edificada a partir dos seus valores culturais e históricos.

O conceito de envelhecimento saudável atribuído pela OMS (2015b) estabelece como base a capacidade funcional, a qual abrange os aspectos de autonomia e independência como marcadores de saúde.

A independência, uma consequência, citada em 13,8% (n=5) dos artigos selecionados na RI, envolve a capacidade do indivíduo de viver de acordo com os próprios termos e participar dos próprios cuidados (PARANHOS; ALBURQUERQUE, 2018; SILVA et al., 2015).

A autonomia, foi citado em 8,33% (n=3) dos artigos selecionados na RI, e é primariamente um fenômeno que envolve independência de ação, fala e pensamento da pessoa, podendo ser conceituada como a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras (LANGE et al., 2018; PARANHOS; ALBURQUERQUE, 2018; SILVA et al., 2015).

Deste modo, a autonomia e a independência são eventos atrelados ao conceito envelhecimento saudável. Estudos (CASTRO et al., 2018; HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012; JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; LANGE et al., 2018) reforçam a importância do cuidado de enfermagem voltado para a promoção da independência e autonomia do idoso para que eles sejam corresponsáveis pelos determinantes de seu processo saúde-doença e cuidados de saúde, isto é, aprender a cuidar de si e tomar decisões relevantes sobre suas ações no processo de viver.

Definição de referenciais empíricos

Os referenciais empíricos, segundo Walker e Avant (2019), exprimem maneiras pelas quais um conceito pode ser medido. Nesta etapa da análise conceitual, deve-se responder à seguinte pergunta: “Se formos medir o conceito ou determinar sua existência no mundo real, como faríamos?

Nos artigos analisados na etapa de RI foram identificados alguns estudos que desenvolveram ou utilizaram instrumentos para estratificar o fenômeno envelhecimento saudável, a saber: no estudo A5 foram aplicados dois modelos teóricos para estratificar o fenômeno envelhecimento saudável, o primeiro era fundamentado no modelo de Rowe e Kahn (1987, 1997), que avaliava três domínios (baixa probabilidade de doença e incapacidade; manutenção de funcionamento físico e cognitivo; e engajamento em atividades

sociais e produtivas), e o segundo modelo foi operacionalizado de acordo com McLaughlin e colaboradores (2012) modificado por Hank (2011), que avaliava três dimensões (bem estar físico, mental e social) (BOSCH-FARRÉ et al., 2018); no estudo A14 os autores também aplicaram o modelo de McLaughlin e colaboradores (2012), que avaliava a função cognitiva, a função física, a capacidade funcional, e a presença e fatores de risco para doenças (RODRIGUEZ-LASO et al., 2018); no estudo A12 foi desenvolvido o *Chinese Healthy Aging Index* (CHAI) baseado em seis medidas clínicas (pressão arterial sistólica, função pulmonar, função cognitiva, glicose em jejum, função renal e proteína C reativa) de chineses com 60 anos ou mais (WU et al., 2018); e no estudo A19 foi desenvolvido um escore de envelhecimento saudável baseado em sete domínios (doenças crônicas, saúde mental, função cognitiva, função física, dor, suporte social e qualidade de vida) (JASPERS et al., 2017).

Os referenciais empíricos também são úteis para especificar características definidoras no uso do diagnóstico de enfermagem na prática clínica.

O Quadro 18 apresenta alguns instrumentos que podem auxiliar o enfermeiro na estratificação dos atributos, consequentes e antecedentes do conceito de envelhecimento saudável, e por conseguinte estes também subsidiaram a identificação do diagnóstico proposto neste estudo. Vale ressaltar que os instrumentos relacionados abaixo não substituem à abordagem clínica do enfermeiro, constituída pela entrevista, exame físico e escuta atenta das necessidades relatadas pelo paciente.

Quadro 18 – Elementos conceituais de envelhecimento saudável e possíveis instrumentos para estratificação (continua)

ELEMENTO CONCEITUAL	INSTRUMENTOS
Atributos **1**.Ausência de comprometimento físico **2.**Ausência de comprometimento cognitivo **3.**Ausência de doença **4.**Bem-estar psicológico **5.**Engajamento social **6.**Boa autopercepção de saúde **7**.Ausência de dor limitante de função	**Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** (FOLSTEIN et al., 1975) – avaliar função cognitiva **Escala de Depressão Geriátrica (GDS)** (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) - avaliação de transtornos depressivos no idoso **Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)** (RYFF, 1989) - avaliar ao bem-estar psicológicos **Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS)** (LIMA et al., 2018) – avaliar suporte social ***Geriatric Pain Measure* (GPM)** (FERRELL; STEIN; BECK, 2000) – avaliação da dor em idosos
Antecedentes **1**.Capacidade para realizar as atividades de vida diária **2.**Estilo de vida saudável **3**.Bom nível educacional **4.**Resiliência **5.**Apoio familiar **6**.Apoio espiritual **7**.Autocuidado	**Escala de Lawton-Brody (1969) –** avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) **Índice de Katz** (KATZ et al., 1963) - avaliar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) **Miniavaliação Nutricional (MAN)** (KAISER et al., 2009; RUBENSTEIN et al., 2001) – avaliar o risco nutricional **Antropometria Nutricional** (MELLO et al., 2017; PFRIMER et al., 2015; TAVARES et al, 2015) – avaliar o estado nutricional ***Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)** (BABOR et al., 2001) – avalia o consumo/dependência de álcool **Escala de Resiliência (ER)** (WAGNILD; YOUNG, 1990) – avaliar nível de resiliência individual **APGAR Familiar** (SMILKSTEIN, 1978) - avaliar a funcionalidade familiar **Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro** (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007) - avaliar a espiritualidade ***World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB)** (PANZINI et al., 2011) – avaliar a espiritualidade ***Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A) / Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado (EACAC)** (SILVA, 2013) – avaliar o autocuidado

Quadro 18 – Elementos conceituais de envelhecimento saudável e possíveis instrumentos para estratificação (conclusão)

Consequentes **1.**Qualidade de vida **2**.Independência **3**.Autonomia	***Short Form Health* Survey 36 (SF-36)** (WARE; SHERBOURNE, 1992) **/ *Short Form Health* Survey 12 (SF-12) -** avaliar a qualidade de vida de idosos ***World Health World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-Old)** (POWER; QUINN; SCHMIDT, 2005) - avaliar a qualidade de vida de idosos

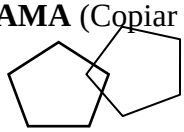
Fonte: A autora, 2020.

A seguir serão apresentados os instrumentos descritos no Quadro 18 que são passíveis de determinação da essência do conceito de envelhecimento saudável.

O instrumento Miniexame do Estado Mental (MEEM), foi mencionado por 38,8% (n=14) dos autores dos artigos analisados na RI (A1, A2, A5, A8, A12, A17, A18, A19, A22, A23, A24, A25, A29, A34) como uma estratégia para avaliar o comprometimento cognitivo em idosos, um dos atributos identificados para o conceito de envelhecimento saudável.

O MEEM foi elaborado por Folstein e colaboradores (1975), é um dos testes mais utilizados no mundo para avaliação do funcionamento cognitivo (MARTINS et al., 2019; MELO; BARBOSA, 2015). O instrumento possibilita a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais, e de fácil aplicação com duração de 5 a 10 minutos. O MEEM é composto por 11 itens, constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos. Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. O MEEM aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem/afasia, apraxia e habilidade construcional. A pontuação máxima é de 30 ponto que pode ser influenciada pela escolaridade (BRUCKI et al., 2003; FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975). Ver Quadro 19.

Quadro 19 - O Miniexame do estado mental (MEEM)

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO
ORIENTAÇÃO NO TEMPO Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que ano estamos?	(5 pontos)
ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO Em que local estamos? Que local é este aqui? Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?	(5 pontos)
REGISTRO (Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO)	(3 pontos)
ATENÇÃO E CÁLCULO Subtrair: 100-7= 93; 93-7=86; 86-7= 79; 79-7=72; 72-7=65 Soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM	(3 pontos)
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO Quais são os três objetos perguntados anteriormente?	(3 pontos)
NOMEAR 2 OBJETOS (Relógio e caneta)	(2 pontos)
REPETIR (“Nem aqui, nem ali, nem lá”)	(1 pontos)
COMANDO DE ESTÁGIOS (Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão)	(3 pontos)
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA (Escrever uma frase com sentido)	(1 pontos)
LER E EXECUTAR (Feche os olhos)	(1 pontos)
COPIAR DIAGRAMA (Copiar dois pentágonos com interseção) 	(1 pontos)

Fonte: BRUCKI et al., 2003, p. 778.

O comprometimento cognitivo afeta a capacidade funcional do idoso que implica na perda da independência e autonomia e por conseguinte no envelhecimento saudável (ANDRADE et al., 2017; IMAGINÁRIO et al., 2017). A detecção e o monitoramento do déficit cognitivo em idosos são necessários já que podem interferir no envelhecimento saudável.

No processo de envelhecimento as pessoas podem passar por momentos estressantes, como o surgimento de doenças, perda de familiares, de amigos, de status, de respeito, e problemas financeiros, que podem diminuir a autoestima. A depressão é uma das doenças que acometem os idosos, encontrada em 7,7% dos idosos que buscam a atenção primária, 10,4% daqueles que vivem em comunidade e 14,4% daqueles que estão no ambiente hospitalar

(ARAÚJO et al., 2017; SILVA et al., 2018). A promoção e prevenção da saúde mental é um fator essencial para o envelhecimento saudável (GULLICH; DURO; CESAR, 2016; LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014). Um dos instrumentos utilizados para a avaliação de transtornos depressivos em idoso e a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS) (ARAÚJO et al., 2017; GULLICH; DURO; CESAR, 2016; SILVA et al., 2018). A GDS foi desenvolvida por Almeida e Almeida (1999) para avaliação de transtornos depressivos. A escala pode ser utilizada nas versões simplificadas, GDS 5 e 15 questões, reduzindo o tempo gasto na sua aplicação (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; APÓSTOLO et al., 2018). Ver Quadro 20.

Quadro 20 - Escala de depressão geriátrica (GDS 5 e GDS15 questões)

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15 e GDS-5)			
(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)			
ESCALA	**PERGUNTA**	**Não**	**Sim**
GDS-5	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
	Você se aborrece com frequência?	1	0
	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
GDS-15	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0
	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
		1	0
	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
	Você se sente cheio de energia?	0	1
	Você se sente feliz a maior parte do tempo?		
Deve-se suspeitar de depressão se ocorrer, respectivamente, 6 e 2 respostas positivas para depressão na GDS-15 e GDS-5.			

Fonte: ALMEIDA; ALMEIDA, 1999, p. 424.

O atributo “bem-estar psicológico” foi identificado como um atributo do conceito de envelhecimento saudável, que poderá ser estratificado por meio da Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP). A EDEP, na sua versão original *Scales of Psychological Well-Bein*g (SPWB), têm como referencial teórico o modelo multidimensional (relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito na vida e autoaceitação) de Ryff (1989, 2013).

A EDEP foi utilizada no estudo de Cachioni e colaboradores (2017) para avaliar o bem-estar psicológicos de 265 idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (UnATI EACH). Foi elaborada uma versão reduzia da EDEP, a partir a partir da SPWB por Novo, Duarte-Silva e Peralta (2004), esta contém 18 itens correspondentes a seis domínios, a saber: relações positivas com os outros, crescimento pessoal, aceitação pessoal, autonomia, propósito de vida e domínio do ambiente, e 12 itens correspondentes a três domínios de geratividade (criar, manter e oferecer). Cada item é avaliado por uma escala de cinco pontos (1=pouquíssimo; 2=pouco; 3=mais ou menos; 4=muito; 5=muitíssimo) (CACHIONI et al., 2017; RUYFF, 1989, 2013). Ver Quadro 21.

Quadro 21 - Escala de desenvolvimento pessoal (EDEP)

ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL VERSÃO REDUZIDA DE 18 ITENS
1.Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.
2.Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.
3.Penso que é importante ter novas experiencias que ponham em causa a forma como pensamos.
4.Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.
5.Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.
6.Quandi revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.
7.Tenho tendência para me preocupar com o que as pessoas pensam de mim.
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.
9.Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.
10.Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.
11.Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.
12.Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.
13.Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.
14.Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.
16.Não tive a experiencia de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.
17.Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.
18.Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.
Padrão de resposta: 1-pouquíssimo; 2-pouco; 3-mais ou menos; 4-muito; 5-muitíssimo
Resultado: quanto menor a pontuação do indivíduo, pior é a condição psicológica

Fonte: NOVO; DUARTE-SILVA; PERALTA, 2004.

O apoio social tem sido considerado um dos principais determinantes da saúde e do bem-estar ao logo do ciclo de vida, que interfere no envelhecimento saudável (LIMA et al.,

2018; SEIBEL et al., 2017; SILVA JÚNIOR et al., 2019). A Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS) tem sido utilizada para avaliação do suporte social percebido em idosos (LIMA et al., 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2019). A escala IESS é um instrumento multidimensional de suporte social, que inclui 28 itens que fazem a cobertura de uma variedade de assuntos, incluindo os problemas financeiros, solicitações em função do tempo e esforço, presença ou sorte de companhia adequada, comunicação, dependência, família e problemas familiares cotidianos. Consiste em uma escala do tipo *Likert*, com 28 itens pontuáveis de 1 a 5, podendo obter-se um escore mínimo de 28 e um máximo de 140. Uma pontuação maior equivale a um suporte social teoricamente maior ou mais eficaz e vice-versa (PAIXÃO; OLIVEIRA, 1996). Ver Quadro 22.

Quadro 22 - Escala de suporte social instrumental e expressivo (IESS)

ESCALA INSTRUMENTAL E EXPRESSIVA DE SUPORTE SOCIAL.
1.Ter problemas econômicos. 2. Não ter uma pessoa amiga. 3. Ter demasiadas responsabilidades. 4. Não ter pessoas de quem possa depender. 5. Ter demasiadas exigências ao mesmo tempo. 6. Não ter uma vida sexual satisfatória. 7. Ter problemas de comunicação com as pessoas. 8. Estar pouco tempo com aqueles que se sente mais próximo. 9. Decidir no que vai gastar o dinheiro. 10. Ter poucas responsabilidades. 11.Não ter ninguém que se preocupe com os seus problemas. 12. Ter pouco tempo de lazer. 13. Não ter dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosta. 14. Ter problemas em relacionar-se com crianças. 15. Não ter um emprego gratificante e satisfatório. 16. Sentir-se demasiado controlado pelos outros. 17. Não ter dinheiro suficiente para comprar o que quer. 18. Não estar satisfeito com seu estado civil. 19. Ter poucos amigos verdadeiros. 20. Ter problemas com o cônjuge/companheiro(a). 21. Não ter ninguém que lhe dê afeto e o aceite. 22. Sentir-se demasiado dependente dos outros. 23. Há pessoas que interferem nas coisas que quer fazer. 24. Ter problemas com familiares. 25. Não ter ninguém que o entenda. 26. Ter demasiado tempo livre. 27. Ter conflitos com pessoas que lhe são próximas. 28. Não conseguir ir a algum lado por falta de transporte.
Opções de resposta: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Algumas vezes; (4) Bastante vezes; (5) Quase sempre.

Fonte: PAIXÃO; OLIVEIRA, 1996.

A dor pode prejudicar a capacidade funcional que implica na qualidade de vida, comprometendo o envelhecimento saudável. A dor é um fenômeno de natureza subjetiva e de difícil mensuração com acurácia sem o auxílio de instrumentos, principalmente no idoso (MOTTA; GAMBARO; SANTOS, 2015). O instrumento *Geriatric Pain Measure* (GPM) foi desenvolvido por Ferrell e colaboradores (2000) com o objetivo de proporcionar uma avaliação multidimensional da dor, sendo de fácil aplicabilidade e compreensão, podendo ser útil na população idosa. O GPM já foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil (GAMBARO et al., 2009). O GPM aborda multidimensões da dor, como a intensidade (itens 13, 17, 19, 20-23), "descomprometimento" (itens 9-12, 15, 18, 24), dor à deambulação (itens 4-7), dor às atividades vigorosas (itens 1-3) e dor em outras atividades (itens 8, 13-16),

compreendendo as dimensões sensório-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitivo-avaliativa da dor (FERRELL; STEIN; BECK, 2000; MOTTA; GAMBARO; SANTOS, 2015). Ver Quadro 23.

Quadro 23 - Questionário "*Geriatric Pain Measure*"

1- Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas como: correr, levantar objetos pesados, ou participar de atividades que exigem esforço físico?
2- Você tem ou acha que teria dor com atividades moderadas como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?
3- Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega uma sacola de compras?
4- Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escadas?
5- Você tem ou teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?
6- Você tem ou teria dor quando anda mais que um quarteirão?
7- Você tem ou teria dor quando anda um quarteirão ou menos?
8- Você tem ou teria dor quando toma banho ou se veste?
9- Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?
10- Você já deixou de fazer algo que você gosta por causa da dor?
11- Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz devido à dor?
12- O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?
13- Você tem problemas para dormir devido à dor?
14- A dor impede que você participe de atividades religiosas?
15- A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além de serviços religiosos)?
16- A dor te impede ou impediria de viajar ou usar transportes comuns?
17- A dor faz você sentir fadiga ou cansaço?
18- Você depende de alguém para te ajudar por causa da dor?
19- Na escala de 0 a 10, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você possa imaginar, como está a sua dor hoje? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0-10)
20- Nos últimos sete dias, numa escala de zero a dez, com zero significando dor nenhuma e 10 significando a pior dor que você consegue imaginar, indique o quanto em média sua dor tem sido intensa? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0-10)
21- Você tem dor que nunca some por completo?
22- Você tem dor todo dia?
23- Você tem dor várias vezes por semana?
24- Durante os últimos sete dias, a dor fez você se sentir triste ou depressivo?
Pontuação: Dê um ponto para cada "Sim" e somar as respostas numéricas **A maior pontuação indica a pior dor**

Fonte: MOTTA; GAMBARO; SANTOS, 2015, p. 140.

Para estratificar o antecedente "capacidade para realizar as atividades de vida diária", 50% (n=18) dos autores dos artigos analisados na etapa de RI (A7, A8, A11, A12, A16, A17, A18, A19, A21, A22, A23, A24, A25, A29, A30, A31, A32, A34) aplicaram a escala de atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As AIVD são aquelas relacionadas às ações mais complexas, como a participação social, que abrange o ato de fazer compras, usar o

telefone, dirigir e usar meios de transporte coletivo. Em 1969, Lawton e Brody desenvolveram a Escala de Lawton de AIVD, que pretendia medir a incapacidade e servir para planejamento das intervenções em idosos. Esta escala avalia o nível de independência do indivíduo no que se refere à realização de tarefas mais complexas, relacionadas à adaptação do indivíduo no meio ambiente e a mobilidade. O Quadro 24 apresenta a escala desenvolvida por Lawton e Brody (1969).

Quadro 24 - Escala de avaliação das AIVD

Orientar ao paciente: procure recordar em cada atividade a ser questionada, se faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realizada de forma alguma.
1. Em relação ao uso do telefone: ( ) Recebe e faz ligações sem assistência **(3 pontos)** ( ) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone **(1 ponto)**
2. Em relação às viagens: ( ) Realiza viagens sozinha **(3 pontos)** ( ) Somente viaja quando tem companhia **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito ou é incapaz de viajar **(1 pontos)**
3. Em relação à realização de compras: ( ) Realiza compras, quando é fornecido transporte **(3 pontos)** ( ) Somente faz compras quando tem companhia **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras **(1 pontos)**
4. Em relação ao preparo de refeições: ( ) Planeja e cozinha as refeições completas **(3 pontos)** ( ) Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras **(1 pontos)**
5. Em relação ao trabalho doméstico ( ) Realiza tarefas pesadas **(3 pontos)** ( ) Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos **(1 pontos)**
6. Em relação ao uso de medicamentos: ( ) Faz uso de medicamentos sem assistência **(3 pontos)** ( ) Necessita de lembretes ou de assistência **(2 pontos)** ( ) É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos **(1 pontos)**
7. Em relação ao manuseio do dinheiro: ( ) Preenche cheque e paga contas sem auxilio **(3 pontos)** ( ) Necessita de assistência para uso de cheques e contas **(2 pontos)** ( ) Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas **(1 pontos)**
Classificações: Dependência total =< **5** Dependência parcial >**5**<**21** Independência > **21 pontos**

Fonte: SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008, p.292.

Além da escala AIVD foi citado por 38,8% (n=14) dos autores dos artigos da RI (A1, A2, A5, A8, A12, A17, A18, A19, A22, A23, A24, A25, A29, A34) a avaliação das atividades básicas da vida diária (ABVD). As ABVD podem ser definidas como tarefas básicas de autocuidado (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, controlar esfíncteres), parecidas com as habilidades que aprendemos na infância. A primeira escala desenvolvida para mensurar a habilidade do indivíduo de realizar as ABVD, e a mais utilizada na atualidade, é o Índice de Katz. É um instrumento que avalia o desempenho da pessoa em seis ABVD, tais como: banho, vestuário, higiene, transferência, continência e alimentação (KATZ et al, 1963; LINO et al, 2008; NUNES, J. et al., 2017). Ver Quadro 25.

Quadro 25 – Índice de Katz

ATIVIDADES	**AVALIAÇÃO**
Banho	[I] não recebe assistência [P] assistência para uma parte do corpo [T] não toma banho sozinho
Vestuário	[I] veste-se sem assistência [P] assistência para amarrar sapatos [T] assistência para vestir-se
Higiene pessoal	[I] vai ao banheiro sem assistência [P] recebe assistência para ir ao banheiro [T] não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
Transferência	[I] deita, levanta e senta sem assistência [P] deita, levanta e senta com assistência [T] não levanta da cama
Continência	[I] controle esfincteriano completo [P] acidentes ocasionais [T] supervisão: uso de cateter ou incontinente
Alimentação	[I] sem assistência [P] assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão [T] com assistência, ou sondas, ou fluídos IV
Legenda: [I] Independência [P] Dependência Parcial [T] Dependência Total	

Fonte: LINO et al., 2008, p. 109.

O estilo de vida saudável engloba manter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, consumir moderadamente bebida alcoólica e não fumar (FLORES et al., 2016, 2018). Para avaliar o estado nutricional do idoso foi sugerido por alguns autores (CAVALCANTE; COUTINHO; BURGOS, 2017; TAVARES et al., 2015) a aplicação da Mini Avaliação Nutricional (MNA).

O MNA é uma ferramenta para controle e avaliação nutricional. O MNA foi desenvolvimento pelos departamentos de Medicina e Gerontologia Clínica do Hospital

Universitário de Toulouse/França, do Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo-México/EUA e do Centro de Pesquisa Nestlé, em Lausanne/Suíça. A população estudada compreendeu indivíduos idosos, desde os saudáveis e muito ativos até os muito frágeis. O questionário MNA é composto de perguntas simples sobre medidas antropométricas (peso, altura e perda de peso), informações dietéticas (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e capacidade de autoalimentação), avaliação global (estilo de vida, medicação, estado funcional) e autoavaliação (autopercepção da saúde e nutrição) para serem respondidas em menos de 10 minutos (CAVALCANTE; COUTINHO; BURGOS, 2017; GUIGOZ, 2006; KAISER et al., 2009; RUBENSTEIN et al., 2001; VELLAS; VILLARS; ABELLAN, 2006). Ver Quadro 26.

Quadro 26 - Mini avaliação nutricional MNA

TRIAGEM
A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingesta; 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta
B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso
C. Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal
D. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim /2 = não
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos
F1. Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m2]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 2)
Se o cálculo do IMC não for possível, substituir a questão F1 pela F2. Não preencha a questão F2 se a questão F1 já tiver sido completada
F2. Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 / 3 = CP maior ou igual a 31
Escore de Triagem (máximo: 14 pontos) **12-14 pontos**: estado nutricional normal / **8-11 pontos:** sob risco de desnutrição / **0-7 pontos**: desnutrido

Fonte: VELLAS; VILLARS; ABELLAN, 2006, p.456.

Outros autores (MELLO et al., 2017; PFRIMER et al., 2015; TAVARES et al., 2015) aconselham a avaliação antropométrica nutricional (peso, estatura, circunferência do braço e dobras cutâneas tricipital e subescapular) para avaliar o estado nutricional em idosos. Pois, é um método muito simples e prático, de baixo custo, com uso de equipamentos portáteis e detecta alterações nutricionais precocemente.

O consumo excessivo de álcool está relacionado com o estilo de vida e tem impacto negativo no estado geral de saúde e qualidade de vida, e consequentemente implica no envelhecimento saudável (DULLIUS et al., 2018; NORONHA et al., 2019; SOARES et al., 2016). Foi desenvolvido o instrumento *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* pela OMS na década de 1980 (BABOR et al., 2001), que avalia o consumo/dependência de álcool. Este instrumento tem sido utilizado em alguns estudos (DULLIUS et al., 2018; SOARES et al., 2016) para avaliar o consumo/dependência de álcool na população idosa. A validação transcultural do instrumento ao contexto brasileiro foi realizada em 1999 e adaptado em 2005 por Lima e colaboradores (2005). O instrumento é baseado em 10 questões, que a partir do valor da soma das dez respostas, tem-se a seguinte classificação: uso de baixo risco, escore de 0 a 7 pontos; uso de risco, escore de 8 a 15 pontos; uso nocivo, escore de 16 a 19 pontos; e provável dependência, escore de 20 a 40 pontos (LIMA et al., 2005). Ver Quadro 27.

Quadro 27 - *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*

1.Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensamente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	**6.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias
2.Nas ocasiões em que bebe, quantas doses consome tipicamente ao beber? (0) 1 ou 2 doses (1) 3 ou 4 doses (2) 5 ou 6 doses (3) 7, 8 ou 9 doses (4) 10 ou mais doses	**7.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias
3.Com que frequência você toma seis ou amis doses de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias	**8.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteci devido a bebida?** (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias
4.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias	**9.Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
5.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que esperava por conta do uso do álcool? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Semanalmente (4) Todos ou quase tosos os dias	**10.Alguma vez na vida algum parente amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou já sugeriu que você parecesse com o uso do álcool?** (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses

Nível de uso	**Intervenção**	**Escores**
Zona I	Prevenção Primária	0-7
Zona II	Orientação Básica	8-15
Zona III	Intervenção breve e Monitoramento	16-19
Zona VI	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

Fonte: BABOR et al., 2001, p. 17.

A resiliência pode ser caracterizada como a adaptação psicossocial positiva em face a eventos da vida. A resiliência é considerada um fator de proteção, por minimizar efeitos negativos ou disfuncionais que podem ocorrer com o avançar da idade (LIMA et al., 2019b). Alguns autores (LEÃO et al., 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2019) recomendam a aplicação da Escala de Resiliência (ER) para medir os níveis de resiliência individual em idosos. A ER foi desenvolvida por Wagnild e Young (1990), é composta por 25 afirmações com resposta do tipo *Likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da ER variam entre 25 e 175, significando um maior ou menor grau de resiliência se o indivíduo atinge um maior ou menor escore (PESCE et al., 2005; WAGNILD; YOUNG, 1990). Ver Quadro 28.

Quadro 28 - Escala de resiliência

1. Quando eu faço planos, eu os levo até o fim. 2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra. 3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa. 4. Manter interesse nas coisas é importante para mim. 5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar. 6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. 7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. 8. Eu sou amigo de mim mesmo. 9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. 10. Eu sou determinado. 11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. 12. Eu faço as coisas um dia de cada vez. 13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. 14. Eu sou disciplinado. 15. Eu mantenho interesse nas coisas. 16. Eu normalmente posso achar motivo para rir. 17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. 18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar. 19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras. 20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não. 21. Minha vida tem sentido. 22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas. 23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída. 24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer. 25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.
Opções de resposta e pontuação: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo muito; (3) Discordo totalmente; (4) Não concordo nem discordo; (5) Concordo pouco; (6) Concordo muito e (7) Concordo totalmente. **Escores de até 125 pontos representam uma baixa resiliência, entre 125 e 145 uma resiliência média e acima de 145 uma alta resiliência**

Fonte: PESCE et al., 2005, p. 444.

A família é apontada como o principal responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso (REIS; TRAD, 2015; SEIBEL et al., 2017). O apoio familiar é um recurso terapêutico para a pessoa que envelhece, sendo identificado como um antecedente do conceito de envelhecimento saudável nos artigos analisados na etapa de RI. Portanto, é importante conhecer a dinâmica de funcionamento do sistema familiar do idoso. O instrumento APGAR de Família foi aplicado em alguns estudos (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2014; VERA et al., 2014), para identificar a funcionalidade nas relações familiares de idosos. O instrumento APGAR de Família, ou APGAR Familiar, propõe a avaliação da funcionalidade familiar independentemente da fase do ciclo de vida. APGAR é um acrônimo proveniente da língua inglesa e procura responder aos seguintes aspectos: 1) *Adaptation*/Adaptação: como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida; 2) *Partnership*/Companheirismo: como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar na resolução de problemas; 3) *Growth*/Desenvolvimento: como a promoção do crescimento é compartilhada e qual o nível de satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar; 4) *Affection*/Afetividade: como são as interações emocionais entre os membros da família e a relação de intimidade no contexto familiar; 5) Resolve/Capacidade resolutiva: como o tempo é compartilhado e qual a satisfação do membro familiar com esse compartilhamento. O questionário APGAR de Família é constituído por cinco perguntas relativas aos componentes da função familiar já citado, com três possibilidades de respostas, cada uma, e pontuação que varia de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a dez pontos e as famílias poderão ser caracterizadas como: Família funcional (7-10) ou Família disfuncional (< 6). A Família disfuncional ainda pode ser classificada em leve (> 2 e < 7) e disfuncional grave (≤ 2) (SMILKSTEIN, 1978). Ver Quadro 29.

Quadro 29 – Escala de APGAR Familiar

PERGUNTA	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando	2	1	0
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas	2	1	0
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida	2	1	0
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor	2	1	0
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos	2	1	0
7 a 10 pontos: Família altamente funcional **4 a 6 pontos**: Família moderadamente disfuncional **0 a 3 pontos**: nível de disfuncionalidade alto			

Fonte: DUARTE; DOMINGUES, 2020, p. 151.

O apoio espiritual foi identificado como um antecedente do conceito de envelhecimento saudável. A espiritualidade está relacionada com a qualidade de vida, não necessariamente ligada a uma crença em Deus, remete a uma questão de propósito de vida. A espiritualidade é uma estratégia capaz de influenciar de forma positiva o bem-estar, a saúde física e mental do idoso (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018; OLIVEIRA; ALVES, 2014).

A Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPP-R) (2007) é referência no construto teórico sobre a espiritualidade dos itens da dimensão espiritual da subescala de espiritualidade da *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL) (CATRÉ et al., 2014, 2016; PANZINI et al., 2011). A EEPP-R tem sido aplicada separada ou em conjunto com a WHOQOL- SRPB (que inclui a dimensão espiritualidade, religião e crenças pessoais como um domínio de qualidade de vida) em alguns estudos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2017, 2018; SOUZA et al., 2017) para avaliar a espiritualidade em idosos. A EEPP-R foi construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), é composta por cinco questões focadas na atribuição de sentido/significado da vida e na construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva. A escala apresenta dois domínios, a saber: crenças: (atribuição de sentido/significado à vida), constituída por 2 itens (questões 1 e 2), relativos a uma dimensão vertical da espiritualidade; esperança/otimismo: (construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva) constituída por 3 itens (questões 4, 5 e 6), relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade. Os escores mais elevados na escala e subescalas

indicam maior concordância com a dimensão avaliada. (CHAVES et al., 2010; PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Ver Quadro 30.

Quadro 30 - Escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro

PERGUNTAS DA EEPP-R
1.As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida. 2.A minha fé e crença dão-me forças nos momentos difíceis. 3.Vejo o futuro com esperança. 4.Sinto que a minha vida mudou para melhor. 5.Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.
Opções de resposta: "não concordo", "concordo um pouco", "concordo bastante" e "concordo plenamente".

Fonte: PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007, p. 50.

A independência para o autocuidado é um dos parâmetros que demonstra a capacidade funcional do idoso (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016). No estudo de Sá e colaboradores os autores aplicaram a *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A), para a avaliação do autocuidado em idosos. O ASA-A é um instrumento baseado no modelo teórico de Dorothea Orem, foi traduzido e validado para o contexto brasileiro (STACCIARINI, 2012) sendo denominada de Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (EACAC) (SILVA, 2013). A EACAC contém 15 itens, admitindo respostas do tipo *Likert*, cuja pontuação varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). Das 15 questões, quadro se referem a aspectos negativos, tendo a necessidade do escore ser invertido. O intervalo possível de pontuação varia entre 15 e 75 e quanto mais próximo o escore for de 75, mais o indivíduo tem a capacidade de autocuidado operacionalizada (STACCIARINI, 2012). Ver Quadro 31.

Quadro 31 – Escala de avaliação da capacidade de autocuidado

Itens da Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado
1.À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável. 2.Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade. 3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável. 4. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria. 5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar. 6.Quando necessário, eu consigo tempo para ne cuidar. 7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de min. 8.No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde. 9.Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família. 10.Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável. 11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde. 12.Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada. 13.Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim. 14.Eu raramente tenho tempo para mim. 15.Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.
Opções de resposta: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Nem concordo, nem discordo – tanto faz; (4) Concordo e (5) Concordo totalmente
A pontuação varia entre 15 e 75 e quanto mais próximo o escore for de 75, mais o indivíduo tem a capacidade de autocuidado operacionalizada.

Fonte: STACCIARINI, 2012, p. 174.

A qualidade de vida representa um evento que ocorre como resultado do conceito de envelhecimento saudável. Dos 36 artigos analisados na etapa de RI, 38,8% (n=14) dos autores utilizaram o questionário *Short Form Health Survey 36* (SF-36) (A1, A2, A15, A16, A17, A19, A20, A21, A27, A29, A30, A31, A32, A35) para avaliar a qualidade de vida em idosos.

O SF-36 trata-se de um questionário multidimensional que tem por finalidade prover a avaliação da qualidade de vida (WARE; SHERBOURNE, 1992). O instrumento SF-36 foi adaptado para a língua portuguesa por Ciconelli em 1997 (CICONELLI, 1997; CICONELLI et al.,1999). Esse é constituído por 36 perguntas que são agrupadas em oito escalas ou domínios que compreendem: a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde A pontuação estabelecida é de 0 a 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de

saúde (CICONELLI, 1997; CICONELLI et al.,1999; WARE; SHERBOURNE, 1992). Jenkinson e Layte (1997) desenvolveram o questionário SF-12, que é uma versão mais concisa do SF-36, contemplando apenas 12 itens, dividido em dois componentes (mental e físico) e cujo tempo de aplicação é de 1 a 2 min. A pontuação é semelhante à do SF-36, sendo 0 para o pior resultado e 100 para o melhor. Ver Quadro 32.

Quadro 32 - *Short Form Health Survey* 12 (SF-12)

SF1. Em geral você diria que sua saúde é: (1) Excelente; (2) Muito boa; (3) Boa; (4) Ruim; (5) Muito ruim
Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? **SF2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.** (1) Sim. Dificulta muito; (2) Sim. Dificulta pouco; (3) Não. Não dificulta de modo algum
SF3. Subir vários lances de escada. (1) Sim; (2) Não
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? **SF4. Realizou menos tarefas do que de gostaria?** (1) Sim; (2) Não
SF5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (1) Sim; (2) Não
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? **SF6. Realizou menos tarefas do que de gostaria?** (1) Sim; (2) Não
SF7. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? (1) Sim; (2) Não
SF8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferir com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora como dentro de casa)? (1) De maneira alguma; (2) Um pouco; (3) Moderadamente; (4) Bastante; (5) Extremamente
Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. **SF9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?** (1) Todo o tempo; (2) A maior parte do tempo; (3) Uma boa parte do tempo; (4) Alguma parte do tempo; (5) Uma pequena parte do tempo; (6) Nunca
SF10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? (1) Todo o tempo; (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo; (4) Alguma parte do tempo; (5) Uma pequena parte do tempo; (6) Nunca
SF11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido? (1) Todo o tempo; (2) A maior parte do tempo (3) Uma boa parte do tempo; (4) Alguma parte do tempo; (5) Uma pequena parte do tempo; (6) Nunca
SF12. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (1) Todo o tempo; (2) A maior parte do tempo; (3) Alguma parte do tempo; (4) Uma pequena parte do tempo; (5) Nenhuma parte do tempo

Fonte: JENKINSON; LAYTE, 1997, p. 181.

A qualidade de vida que representa o desfecho do conceito de envelhecimento saudável, também foi estratificada em um grupo de idosos (BASSLER et al., 2017; NOGUEIRA et al., 2015; SANTOS JÚNIOR et al., 2019) por meio do instrumento *World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD).

O WHOQOL-OLD foi originalmente desenvolvido pelo *World Health Organization* Quality of Life Group (Grupo WHOQOL) para avaliar a qualidade de vida em idosos (POWER; QUINN; SCHMIDT, 2005). O WHOQOL-OLD foi validado para o contexto brasileiro por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006). O WHOQOL-OLD consiste em 24 itens (classificados em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos), divididos em seis domínios, a saber: domínio I - habilidades sensoriais (avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade vida de idosos); domínio II – autonomia (refere-se a independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões); domínio III – atividades passadas, presentes e futuras (refere-se a atividades passadas, presentes e futuras, descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e projetos anseios futuros); domínio IV – participação social (refere-se à participação social, que delineia a participação em atividades do quotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido); domínio V – morte e morrer (está relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer); domínio VI – intimidade (refere-se à intimidade, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas). Cada domínio possui quatro itens, portanto, para todas os domínios, o escore dos valores possíveis pode oscilar entre 4 e 20, desde que todos os itens de um domínio tenham sido preenchidos. escores mais altos indicam melhor qualidade de vida em cada domínio (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Ver Quadro 33.

Quadro 33 - *World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults*

FUNCIONAMENTO DOS SENTIDOS
Old.01-Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?
Old.02-Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?
Old.03-Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?
Old.04-Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?
AUTONOMIA
Old.05-Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?
Old.06-que ponto você sente que controla o seu futuro?
Old.07-O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?
Old.08-Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?
ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTES E FUTURAS
Old.09-Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?
Old.10-O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?
Old.11-Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?
Old.12-Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?
PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Old.13-Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?
Old.14-Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?
Old.15-Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?
Old.16-Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?
MORTE E MORRER
Old.17-Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?
Old.17-O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?
Old.19-O quanto você tem medo de morrer?
Old.20-O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?
INTIMIDADE
Old.21-Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?
Old.22-Até que ponto você sente amor em sua vida?
Old.23-Até que ponto você tem oportunidades para amar?
Old.24-Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?
Opções de resposta: Nada (1); Muito pouco (2); Mais ou menos (3); Bastante (4); Extremamente (5) **Escores mais altos indicam melhor qualidade de vida em cada domínio**

Fonte: FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006, p. 787.

Os instrumentos citados acima poderão subsidiar o enfermeiro na compreensão do conceito de envelhecimento saudável, permitindo a identificação do DE proposto nesta tese. Assim, como a implementação de intervenções de enfermagem centrada na pessoa idosa com

foco na promoção do envelhecimento saudável, conforme preconizado no relatório de envelhecimento e saúde da OMS (2015b).

3.3 Resultados e discussão: proposta de título, definição e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável, a partir da análise conceitual

A análise conceitual proporcionou a identificação de diferentes aspectos relativos ao fenômeno envelhecimento saudável, o que permitiu a compreensão do seu conceito e magnitude para a prática clínica do enfermeiro, assim como o atendimento do objetivo de propor o título, a definição e as características definidoras ao novo DE.

Os atributos identificados na análise conceitual corroboraram com os pressupostos do conceito de envelhecimento saudável do relatório mundial de envelhecimento e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b), o que avigoraram a proposta do título e definição ao novo DE.

Os achados reforçaram a importância de desenvolvimento de ações de enfermagem voltados a promoção do envelhecimento saudável, centradas no indivíduo, no curso de vida e perspectivas baseadas na capacidade funcional.

Deste modo foi possível propor um título inicial para o diagnóstico: “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” ao novo DE. Assim, como uma definição para o DE, a saber: “padrão de desejo e/ou motivação para o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e do engajamento social, que levam a um envelhecimento saudável”.

Como já mencionado no capítulo temático os diagnósticos da taxonomia NANDA-I (2018-2020) são conceitos elaborados por meio de um sistema multiaxial, os 7 eixos (foco do diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e categoria do diagnóstico).

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos. O comitê de desenvolvimento de diagnósticos (DDC) da NANDA-I exige que pelo menos o eixo 1 (foco do diagnóstico), eixo 2 (sujeito do diagnóstico, que pode estar implícito no título) e eixo 3 (julgamento), sejam observados na elaboração de um novo DE. O Quadro 34 apresenta a

síntese da elaboração do título do diagnóstico “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” com base na definição dos respectivos eixos da taxonomia NANDA-I (2018-2010).

Quadro 34 – Título do diagnóstico “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” e eixos da taxonomia NANDA-I

EIXOS	DEFINIÇÃO
Eixo 1 (foco do diagnóstico)	Envelhecimento saudável
Eixo 2 (sujeito do diagnóstico)	Implícito a todos os indivíduos (pessoa, família, grupos ou comunidade), uma vez que o processo de envelhecimento se inicia ao nascer.
Eixo 3 (julgamento)	Disposição para (desejo de fazer alguma coisa; condição de estar totalmente preparado para algo)
Eixo 4 (localização)	Não há uma localização específica
Eixo 5 (idade)	O processo de envelhecimento inicia-se ao nascer
Eixo 6 (tempo)	Não há um tempo específico
Eixo 7 (categoria do diagnóstico)	Promoção da saúde

Nota: Elaborado a partir das especificações da NANDA-I (2018-2020) referente à elaboração e submissão de um novo diagnóstico.
Fonte: A autora, 2020.

A proposta inicial do diagnóstico “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” é conduzir os enfermeiros na promoção do envelhecimento saudável, conforme preconizado no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b). Então, o novo DE poderá se enquadrar no domínio 1 “Promoção da saúde” da NANDA-I (2018-2020). Este domínio é definido na taxonomia NANDA-I (2018-2020) como: “[...] percepção de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 155).

O domínio 1 “Promoção da saúde” possui duas classes, a saber: classe 1 “percepção da saúde”, definida pela NANDA-I (2018-2020) como “reconhecimento de função normal e bem-estar”; e classe 2 conceituada como “identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 155-156).

A definição do diagnóstico foi elaborada com base na definição de envelhecimento saudável descrito no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b) e nos elementos do conceito de envelhecimento saudável identificados na etapa de análise conceitual. Ver Figura 9.

Além dos atributos do conceito de envelhecimento saudável, os antecedentes e consequentes também fundamentaram as características definidoras (CD) do diagnóstico

“Disposição para promoção do envelhecimento saudável”. Foram incluídos os antecedentes, para que o enfermeiro identifique antecipadamente situações que possam interferir no envelhecimento saudável. Pelo mesmo motivo, foram incluídas as consequências, para que o enfermeiro possa identificar a condição atual do indivíduo, a fim de auxiliar na manutenção de sua qualidade de vida, independência e autonomia, fatores importantes para o envelhecimento saudável. Esta inclusão foi ancorada com as estratégias propostas no relatório mundial de envelhecimento e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b), que enfatizam a manutenção da capacidade funcional ao longo da vida para o bem-estar na velhice. De tal modo, estas CD poderão auxiliar o enfermeiro na identificação das necessidades e respostas humanas sobre a motivação ou condição de aumentar o bem-estar dos indivíduos que querem manter ou alcançar um envelhecimento saudável, ver Figura 9.

Figura 9 - Síntese da elaboração do diagnóstico “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” a partir da análise conceitual

TÍTULO: “Disposição para promoção do envelhecimento saudável” / **DOMÍNIO 1 (NANDA-I – 2018/2020):** Promoção da Saúde	
DEFINIÇÃO: Padrão de desejo e/ou motivação para o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e do engajamento social, que levam a um envelhecimento saudável.	
ELEMENTOS DA ANÁLISE CONCEITUAL	**CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS**
ANTECEDENTES **1**.Capacidade para realizar as atividades de vida diária **2.**Estilo de vida saudável **3**.Bom nível educacional **4.**Resiliência **5.**Apoio familiar **6**.Apoio espiritual **7**.Autocuidado	**CD1**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua capacidade funcional **CD2**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o estilo de vida **CD3**-Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o conhecimento para fazer as melhores escolhas em relação a promoção da sua saúde **CD4**-Expressa desejo e/ou motivação de aumentar a resiliência **CD5**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a dinâmica familiar **CD6**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a espiritualidade **CD7**-Expressa o desejo e/ou motivação de manter a independência para o autocuidado
ATRIBUTOS DEFINIDORES **1**.Ausência de comprometimento físico **2.**Ausência de comprometimento cognitivo **3.**Ausência de doença **4.**Bem-estar psicológico **5.**Engajamento social **6.**Boa autopercepção de saúde **7**.Ausência de dor limitante de função	**CD8**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar sua função cognitiva **CD9**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o controle de doenças **CD10**-Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o equilíbrio psicológico **CD11**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o engajamento social
CONSEQUENTES **1.**Qualidade de vida **2**.Independência **3.**Autonomia	**CD12**-Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua qualidade de vida **CD13**-Expressa o desejo e/ou motivação de manter a sua autonomia
Definição de Envelhecimento Saudável proposto pela OMS (2015b, p. 13): “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”.	

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

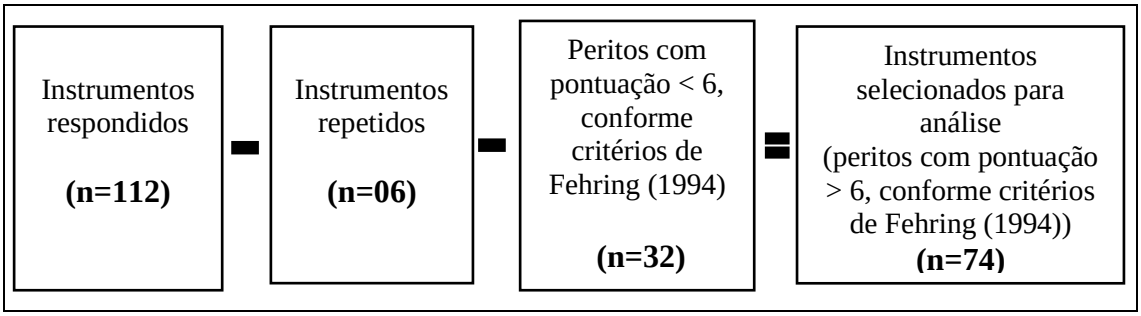
Fonte: A autora, 2020.

3.4 **Resultados e discussão: validação de conteúdo dos elementos do novo diagnóstico de enfermagem a partir da avaliação de especialistas**

3.4.1 Caracterização dos enfermeiros peritos

A amostra final foi composta por 74 enfermeiros especialistas. De 112 instrumentos preenchidos por enfermeiros, 74 foram incluídos no estudo por terem atingido uma pontuação > 6, conforme o sistema de classificação de peritos proposto por Fehring (1994). A Figura 10 apresenta o número de instrumentos respondidos, o número de enfermeiros peritos selecionados e a composição da amostra final.

Figura 10 – Composição da amostra final de enfermeiros peritos



Fonte: A autora, 2020.

O instrumento de coleta de dados foi enviado aos peritos por meio de endereço eletrônico (e-mail e aplicativo *WhatsApp*), tendo a participação de enfermeiros do Brasil e de outros países. Dos 74 enfermeiros, 97,30% (n=72) registraram que a sua região de atuação profissional era no Brasil e 2,70% (n=2) em outras regiões (África e Portugal). Observa-se a predominância de peritos nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul respectivamente do Brasil, demostrando envolvimento dos enfermeiros brasileiros em pesquisas nas áreas de gerontologia e DE. Ver tabela 1.

Tabela 1 – Região de atuação profissional dos enfermeiros peritos selecionados

REGIÃO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	**FREQUÊNCIA**	(%)
Região Sudeste (Brasil)	25	33,78
Região Nordeste (Brasil)	22	29,73
Região Sul (Brasil)	19	25,68
Região Centro-Oeste (Brasil)	4	5,41
Região Norte (Brasil)	2	2,70
Outras regiões (Portugal e África)	2	2,70
TOTAL	74	100

Fonte: A autora, 2020.

Conforme a Tabela 2, entre os 74 peritos respondentes, 93,24% (n=69) eram do sexo feminino. Quanto a idade a mediana entre os peritos foi de 41 anos, sendo que entre os homens foi de 33 anos a mediana de idade.

Quanto a titulação acadêmica, 67,57% (n=50) eram doutores, 32,43% (n=24) eram mestres, e 28,38% (n=21) possuíam a especialização em gerontologia e/ou geriatria associada.

Em relação ao tempo de experiência profissional na área de enfermagem, 66,22% (n=49) relataram possuir mais de 10 anos. Quanto à experiência com DE da taxonomia NANDA-I (2018-2020), 87,84% (n=65) dos peritos relataram conhecimento no ensino, e/ou na assistência e/ou na pesquisa por mais de 1 ano. Quanto à experiência na área de gerontologia e/ou geriatria, 95,95% (n=71) dos enfermeiros apontaram conhecimento no ensino, cuidado e/ou pesquisa por mais de 1 ano.

Quanto à publicação de trabalhos em periódicos científicos, 97,30% (n=72) dos peritos relataram que publicaram artigos, sendo que 55,41% (n=41) dos artigos publicados eram com foco em DE e 78,38% (n=58) na área de gerontologia e/ou geriatria. Dos 74 enfermeiros, 54,05% (n=40) relataram participação em capítulos de livros e/ou elaboração de livros acadêmicos nas temáticas referente a DE e gerontologia. Dentre esses, 43,24% (n=32) dos enfermeiros registraram publicação de capítulo e/ou elaboração de livros na temática referente a gerontologia e/ou geriatria, 25,68% (n=19) relacionado a DE, e 14,86% (n=11) nas duas temáticas (DE e gerontologia).

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos enfermeiros peritos participantes da etapa de validação de conteúdo por especialistas quanto ao sexo, idade, tempo de experiência profissional, titulação acadêmica, especialização em geriatria e/ou gerontologia, experiência e publicação de artigos nas áreas de diagnóstico de enfermagem e gerontologia e/ou geriatria.

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros peritos (n=74)

CARACTERÍSTICAS	n (%)
Sexo	
Masculino	5(6,76%)
Feminino	69 (93,24%)
Idade	
Média	43 anos
Mínimo-máximo	26-73 anos
Mediana	41 anos
Tempo de Experiência	
0 até 05 anos	4 (5,40%)
05 a 10 anos	21 (28,38%)
10 a 20 anos	20 (27,03%)
20 a 30 anos	14 (18,92%)
>30 anos	15 (20,27%)
Titulação Acadêmica	
Pós-doutorado	12 (16,22%)
Doutorado	38 (51,35%)
Mestrado	24 (32,43%)
Especialização em Geriatria/Gerontologia	
Sim	21 (28,38%)
Não	53 (71,62%)
Experiência com Diagnóstico de Enfermagem da taxonomia NANDA-I	
Não possui experiência	9 (12,16%)
Na pesquisa, há mais de 1 ano	35 (47,30%)
No cuidado/assistência, há mais de 1 ano.	32 (43,24%)
No ensino, há mais de 1 ano	47 (63,51%)
Experiência em Gerontologia e/ou Geriatria	
Não possui experiência	3 (4,05%)
Na pesquisa, há mais de 1 ano	18 (24,32%)
No cuidado/assistência, há mais de 1 ano.	24 (31,43%)
No ensino, há mais de 1 ano	33 (44,59%)
Publicação de Artigos	
Diagnósticos de Enfermagem	41 (55,41%)
Gerontologia e/ou Geriatria	58 (78,38%)

Fonte: A autora, 2020.

No que concerne à pontuação dos peritos selecionados segundo o sistema de classificação de Fehring (1994), a média foi de 10 pontos, a mediana de 9 pontos, o desvio-padrão de 2,73 e a variação de 6 a 14 pontos.

A Tabela 3 apresenta a pontuação dos enfermeiros selecionados, conforme o sistema de classificação de peritos de Fehring (1994).

Tabela 3 – Pontuação obtida pelos enfermeiros peritos selecionados (n=74)

PONTUAÇÃO	FREQUÊNCIA	(%)
6	11	14,86
7	9	12,16
8	5	6,76
9	13	17,57
10	8	10,81
11	15	20,27
12	6	8,11
13	5	6,76
14	2	2,70
TOTAL	74	100

Nota: Avaliação segundo os critérios de Fehring (1994). Pontuação mínima de 6 pontos para ser considerado perito.
Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Conforme Fehring (1987,1994) na fase de validação de conteúdo é essencial que os peritos possuam conhecimento acerca da natureza do DE em estudo. Para poderem avaliar coerentemente a representatividade e relevância dos elementos propostos. Contudo, foram realizadas algumas adaptações que podemos nomear de observações para o modelo de classificação de peritos de Fehring (1994) para este estudo. As observações foram pontuadas no sentido de recrutar enfermeiros com experiência em DE e gerontologia, seja na pesquisa, no ensino ou assistência para tentar padronizar o nível de conhecimento dos peritos e aumentar o nível de evidência da avaliação do DE proposto.

A Tabela 4 apresenta os critérios adotados para classificação dos peritos selecionados, conforme proposta do sistema de classificação de Fehring (1994).

Tabela 4 – Titulação e critérios de avaliação dos enfermeiros peritos selecionados (n=74)

CRITÉRIOS	**n**	**(%)**
Titulação de mestre em enfermagem (4 pontos)	100	100
Mestre com dissertação nas temáticas: **DE e/ou gerontologia** (1 ponto)	45	60,81
Publicação de artigo sobre **DE** (2 pontos)	41	55,41
Artigo publicado na **área de gerontologia** (2 pontos)	58	78,38
Doutorado versando sobre **diagnóstico de enfermagem** (2 pontos)	38	51,35
Experiência clínica na **área de gerontologia** (> 1 ano) (1 ponto)	24	31,43
Especialização concluída **em gerontologia/geriatria** (2 pontos)	21	28,38

Nota: Critérios estabelecidos conforme proposta do sistema de classificação de Fehring (1994). A pontuação mínima para ser considerado um perito foi de seis pontos.
Fonte: A autora, 2020.

3.4.2 Validação dos elementos propostos para o diagnóstico de enfermagem

Para a validação de conteúdo dos elementos do DE todos os peritos perpassaram por 18 itens, sendo:1 para o título, 1 para a definição, 1 para o domínio, 2 para a classe e 13 para as características definidoras (CD) do DE proposto. Ver Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da média aritmética simples, da média ponderada e do desvio padrão dos elementos analisados pelos peritos para o diagnóstico proposto

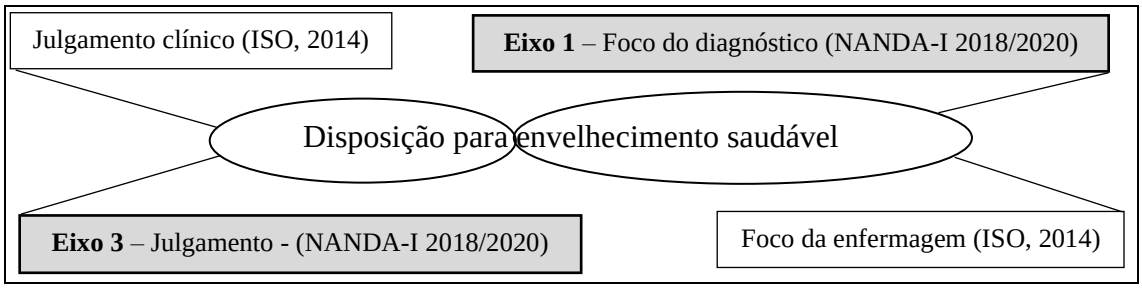
ELEMENTO DO DIAGNÓSTICO	Média Aritmética Simples	Média Ponderada	Desvio Padrão
Título	0,77	0,81	0,20
Definição	0,74	0,78	0,20
Domínio 1 - Promoção de Saúde	0,88	0,90	0,16
Classe 1 - Percepção da Saúde	0,76	0,81	0,22
Classe 2 - Controle da Saúde	0,77	0,82	0,22
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a sua capacidade funcional	0,79	0,83	0,19
CD2-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável	0,79	0,82	0,17
CD3-Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde	0,76	0,80	0,18
CD4-Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência	0,75	0,79	0,21
CD5-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar	0,70	0,75	0,22
CD6-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade	0,72	0,76	0,19
CD7-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado	0,84	0,85	0,13
CD8-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a função cognitiva	0,78	0,82	0,18
CD9-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças	0,77	0,81	0,19
CD10-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a saúde mental	0,72	0,76	0,20
CD11-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social	0,79	0,82	0,18
CD12-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	0,80	0,83	0,17
CD13-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia	0,86	0,88	0,13
Índice de Validação dos Conteúdo (IVC) para o Diagnóstico em Geral	0,77	0,81	

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

Quanto a avaliação do título proposto para o DE “Disposição para promoção do envelhecimento saudável”, que após a validação de conteúdo foi alterado para “Disposição para envelhecimento saudável”, 81,08% (n=60) validaram como “muito ou muitíssimo característico do diagnóstico”, 16,22% (n=12) como “de algum modo característico do diagnóstico” e 1,35% (n=1) como “muito pouco característico do diagnóstico”. Um perito validou o título como “não característico do diagnóstico” e não sugeriu alteração ou correção

para o título do DE proposto. Entretanto, foi sugerida a retirar do termo “promoção” do título do diagnóstico pelos peritos de número 22, 25, 28, 50 e 63 sendo aceita a sugestão por ser uniforme entre mais de um especialista. Pois, conforme a norma ISO 18104/2014 (ISO, 2014) um diagnóstico deve conter termos do foco da enfermagem (no caso, envelhecimento saudável) e julgamento clínico (disposição), o que dispensa o conceito “promoção”. Assim, como na NANDA-I (2018-2020) o eixo 1 (foco do diagnóstico) e o eixo 3 (julgamento) são componentes essenciais de um DE, sendo aceitos para compor a taxonomia. Ver Figura 11.

Figura 11 – Ilustração da estrutura do título do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável”



Nota: Conforme os eixos da taxonomia II da NANDA-I (2018-2020) e norma ISO 18104/2014 (ISO, 2014).
Fonte: A autora, 2020.

No que concerne a posição do DE “Disposição para envelhecimento saudável” na classificação da taxonomia NANDA-I (2018-2020), com relação à localização do diagnóstico pertencer ao domínio 1 “Promoção da Saúde”, 94,60% (n=70) dos peritos validaram como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico”, 4,05% (n=3) como “de algum modo característico” e 1,35% (n=1) como “muito pouco característico”.

Conforme a definição da taxonomia NANDA-I (2018-2020), para o domínio 1 “Promoção da Saúde” devem estar listados diagnósticos que caracterizem a: “[...] percepção de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função*”* (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 155). O DE “Disposição para envelhecimento saudável” caracteriza uma resposta humana frente a uma percepção de bem-estar do indivíduo para um envelhecer com qualidade de vida. Conforme o relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS, o bem-estar é um componente relevante para o envelhecimento saudável ressaltando a importância de promover a saúde e o bem-estar ao longo da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

Quanto a sugestão de localização de classe do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” na taxonomia II da NANDA-I (2018-2020), houve concordância

entre os peritos ao posicionamento entre as classes 1 (Percepção da Saúde) e classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde). Na classe 1 “Percepção da Saúde” (reconhecimento de função normal e bem-estar) a média aritmética simples foi de 0,76 e 0,81 foi a média ponderada, e para a classe 2 “Controle da saúde” (identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar) a média aritmética simples foi de 0,77 e 0,82 a média ponderada.

Conforme Fehring (1987,1994), os elementos dos DE validados com média ponderada menor ou igual a 0,50 devem ser excluídos, e os elementos com média ponderada maior ou igual a 0,80 devem ser considerados como “indicadores maiores”; e “indicadores menores” com média ponderada inferior a 0,80, mas superior a 0,50. Então, conforme a avaliação dos peritos as classes 1 (Percepção da Saúde) e classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) são pertinentes para a localização do DE “Disposição para envelhecimento saudável” na taxonomia NANDA-I (2018-2020).

Na taxonomia NANDA-I (2018-2020) os DE pertencentes à classe 1 “Percepção da Saúde” do domínio 1 (Promoção da Saúde) são definidos como diagnósticos que caracterizam o “reconhecimento de função normal e bem-estar*”* (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 155). Na taxonomia NANDA-I (2018-2020) estão listados três DE para a classe 1 (Percepção da Saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde), a saber: envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097), estilo de vida sedentário (00168) e disposição para letramento em saúde melhorado (00262) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A percepção de saúde satisfatória em idosos está intimamente ligada com aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, psicológicos e ainda com a capacidade funcional. A percepção de saúde em idosos interfere na qualidade de vida e logo para o envelhecimento saudável (BORGES et al., 2014; JERES-ROIG et al., 2016).

O DE “Disposição para envelhecimento saudável” poderá integrar-se a classe 1 (Percepção da Saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) na taxonomia NANDA-I (2018-2020), conforme inferiram os enfermeiros peritos, onde 74,32% (n=55) avaliaram o item como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico”, 17,57% (n=13) como “de algum modo característico do diagnóstico” e 8,11% (n=6) como “muito pouco característico do diagnostico”. Foi registrado pelo perito de número 9 a seguinte asserção: “se observar as características definidores, está bem mais atrelada a sua percepção de saúde de modo a modificações de padrões comportamentais do que propriamente controle de Saúde”.

Já os DE pertencentes a classe 2 “Controle da saúde” do domínio 1 (Promoção da Saúde) são classificados na taxonomia NANDA-I (2018-2020) como: “identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 155). Na taxonomia NANDA-I (2018-2020) para a classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) estão listados nove DE, a saber: comportamento de saúde propenso a risco (00188), controle ineficaz da saúde (00078), disposição para controle da saúde melhorado (00162), controle da saúde familiar ineficaz (00080), manutenção ineficaz da saúde (00099), proteção ineficaz(00043), saúde deficiente da comunidade (00215), síndrome do idoso frágil (00257) e risco de síndrome do idoso frágil (00231).

A identificação precoce de fatores de risco e controle de doenças e suas sequelas são importantes para a promoção do envelhecimento saudável (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; MESQUITA; CAVALCANTE; SIQUEIRA, 2016) e foram expressas em algumas CD propostas para o DE “Disposição para envelhecimento saudável”. O DE “Disposição para envelhecimento saudável” também integra-se a classe 2 “ Controle da saúde” do domínio 1 (Promoção da Saúde) da taxonomia NANDA-I (2018-2020) conforme inferiram os enfermeiros peritos, onde 74,32% (n=55) avaliaram o item como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico”, 20,27% (n=15) como “de algum modo característico do diagnóstico” e 5,41% (n=4) como “muito pouco característico do diagnostico”. Os peritos não registraram considerações para este item avaliado.

Os Quadro 35 e 36 apresentam os DE pertencentes às classes 1 (Percepção da Saúde) e classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) da taxonomia NANDA-I (2018-2020).

Quadro 35 – Diagnóstico de enfermagem, definição e nível de evidência da classe 1 do domínio 1 da taxonomia NANDA-I

DIAGNÓSTICO Classes1 (Percepção da Saúde)	**DEFINIÇÃO**	**NÍVEL**
Envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097) **Aprovado em** 1980 **Revisado em** 2017	Estimulação, interesse ou participação reduzidos em atividades recreativas ou de lazer.	2.1
Estilo de vida sedentário (00168) **Aprovado em** 2004	Um hábito de vida que se caracteriza por baixo nível de atividade física.	2.1
Disposição para letramento em saúde melhorado (00262). **Aprovado em** 2016	Um padrão de uso e desenvolvimento de um conjunto de habilidades e competências (letramento, conhecimento, motivação, cultura e linguagem) para encontrar, entender, avaliar e usar conceitos e informações em saúde para a tomada de decisões diária, a promoção e manutenção da saúde, a redução dos riscos à saúde e a melhora da qualidade de vida geral, que pode ser melhorado	2.1

Nota: Elaborado a partir da taxonomia NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

Quadro 36 – Diagnóstico de enfermagem, definição e nível de evidência da classe 2 do domínio 1 da taxonomia NANDA-I

DIAGNÓSTICO Classe 2 (Controle da saúde)	**DEFINIÇÃO**	**NÍVEL**
Comportamento de saúde propenso a risco (00188) **Aprovado em** 1986 **Revisado em** 1998, 2006, 2008 e 2017	Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.	2.1
Controle ineficaz da saúde (00078) **Aprovado em** 1994 **Revisado em** 2008 e 2017	Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde	2.1
Disposição para controle da saúde melhorado (00162), **Aprovado em** 2002 **Revisado em** 2010 e 2013	Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser melhorado	2.1
Controle da saúde familiar ineficaz (00080), **Aprovado em** 1992 **Revisado em** 2013, 2017	Padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde da unidade familiar	0
Manutenção ineficaz da saúde (00099) **Aprovado em** 1982 **Revisado em** 2017	Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter o bem-estar.	0
Proteção ineficaz (00043) **Aprovado em** 1990 **Revisado em** 2017	Diminuição na capacidade de se proteger de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	0
Saúde deficiente da comunidade (00215) **Aprovado em** 2010	Presença de um ou mais problemas de saúde ou fatores que impedem o bem-estar ou aumentam o risco de problemas de saúde vivenciados por um grupo.	2.1
Síndrome do idoso frágil (00257) **Aprovado em** 2013 **Revisado em** 2017	Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.	2.1
Risco de síndrome do idoso frágil (00231) **Aprovado em** 2013 **Revisado em** 2017	Suscetibilidade a estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade.	2.1

Nota: Elaborado a partir da taxonomia NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

Nota-se nos Quadros 34 e 35 que os diagnósticos pertencentes às classes1 (Percepção da Saúde) e classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) da taxonomia NANDA-I (2018-2020), não abarcam integralmente o DE “Disposição para envelhecimento saudável” e a proposta de promoção do envelhecimento saudável da OMS (2015b). Além disso, três diagnósticos da classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) não apresentam nível de evidência. A NANDA-I (2018-2020) pondera que os diagnósticos sem nível de evidência podem ser retirados nas próximas edições da NANDA-I, caso não seja realizado um trabalho adicional que eleve o nível de evidência do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na edição da NANDA-I de 2018-2020 mais de 70 diagnósticos não possuem nível de evidência (*Level of evidence*, LOE) o que significa que não houve atualizações importantes nesses diagnósticos pelo menos desde 2002, quando foram apresentados os critérios para LOE.

O NANDA-I *Education and Research Committee* (Comitê de Pesquisa e Educação da NANDA-I), em 2002, passou a adotar, analisar e revisar os critérios do nível de evidência dos diagnósticos como uma proposta de reflexão quanto ao estado da ciência em relação à enfermagem baseada em evidências (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O Quadro 37 apresenta a proposta de caracterização dos níveis de evidência (*Level of evidence*, LOE) para os DE da taxonomia NANDA-I (2018-2020).

Quadro 37 - Níveis de evidência (LOE) dos diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I

LOE	CARCTERISTICA	PROCESSO NA NANDA-I
1.1	Apenas o título	Título é categorizado como “Recebido para desenvolvimento” e identificado como tal no site da NANDA-I.
1.2	Título e definição	Título e definição são categorizados como “Recebidos para desenvolvimento” e identificados como tal no site da NANDA-I.
1.3	Nível teórico	Título e as partes componentes são categorizados como “Recebidos para desenvolvimento e validação clínica” e identificados como tal no site da NANDA-I.
2.1	Título, definição, características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco, e literatura	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I.
2.2	Análise conceitual	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I
2.3	Estudos de consenso relacionados ao diagnóstico que utilizam especialistas	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I
3.1	Síntese da literatura	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I; são diagnósticos com apoio clínico (validação e testes)
3.2	Estudos clínicos relacionados ao diagnóstico, mas não generalizáveis à população	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I; são diagnósticos com apoio clínico (validação e testes)
3.3	Estudos clínicos bem elaborados com amostras pequenas	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I; são diagnósticos com apoio clínico (validação e testes)
3.4	Estudos clínicos bem elaborados com amostra randômica de tamanho suficiente para permitir a generalização à população como um todo	Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I; são diagnósticos com apoio clínico (validação e testes)

Nota: Elaborado a partir da taxonomia NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

Perante as exposições, considera-se relevante inserir o DE “Disposição para envelhecimento saudável” na lista dos diagnósticos da classe 2 (Controle da saúde) do domínio 1 (Promoção da Saúde) da taxonomia NANDA-I, conforme ponderado pelos enfermeiros peritos. Pois, poderá provocar uma reflexão quanto aos diagnósticos já pertencentes à classe 2, assim como a necessidade de ter um diagnóstico voltado a uma relevante política de saúde pública como a promoção do envelhecimento saudável. Também

é notável na taxonomia NANDA-I (2018-2020) a prevalência de diagnósticos com foco no problema e diagnósticos de risco, sendo importante a introdução de diagnósticos voltados a promoção da saúde. A promoção da saúde é uma das principais estratégias para produzir saúde no âmbito individual e coletivo, atendendo as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida, logo a promoção do envelhecimento saudável (MALTA et al., 2018; OMS, 2015).

Quanto a definição do DE "Disposição para envelhecimento saudável", 74,32 (n=55) dos peritos validaram como "muitíssimo ou muito característico do diagnóstico", 21,62% (n=16) como "de algum modo característico do diagnóstico" e 4,05% (n=3) como "muito pouco característico do diagnóstico". Foi sugerido pelos peritos de número 33 e 52 a inclusão dos termos "bem-estar psicológico e espiritual" na definição do diagnóstico, por estarem associados as CD apresentadas para o diagnóstico proposto. Foi aceita a sugestão, visto que o bem-estar psicológico foi identificado na etapa de análise conceitual deste estudo como um atributo do conceito de envelhecimento saudável, e o apoio espiritual foi identificado como um antecedente.

Ainda quanto a definição do diagnóstico foi registrada pelo perito de número 64, a seguinte asserção: "[...] suprimir as palavras desejo e motivação da definição, pois fazem parte das características [...]". Também foi sugerido pelo perito de número 75 retirar o termo "motivação" da definição do diagnóstico.

Após análise das sugestões dos peritos, revisão dos resultados da análise conceitual e definição de envelhecimento saudável proposto no relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015b) foi ajustada a definição. O Quadro 38 apresenta a definição inicial proposta para o DE "Disposição para envelhecimento saudável" e a definição do diagnóstico após a etapa de validação de conteúdo por especialistas.

Quadro 38 – Definição do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas

DEFINIÇÃO **ANTES** DA ETAPA DE VALIDAÇÃO	"Padrão de desejo e/ou motivação para o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e do engajamento social, que levam a um envelhecimento saudável."
DEFINIÇÃO **APÓS** A ETAPA DE VALIDAÇÃO	"Padrão para o desenvolvimento ou manutenção da capacidade funcional e cognitiva**, bem-estar psicológico e espiritual**, e engajamento social **para um envelhecer com qualidade de vida**."

Fonte: A autora, 2020.

Os peritos validaram num total de 13 CD para DE “Disposição para envelhecimento saudável”. O IVC geral para as CD foi de 0,77 (pela soma das médias aritméticas simples, dividindo por 13 – quantidade de CD) e 0,80 (pela soma das médias ponderadas, dividindo por 13 – quantidade de CD), denotando que os indicadores diagnósticos são condizentes para o DE proposto. Ver Tabela 6.

Segunda a taxonomia NANDA-I (2018-2020) os indicadores diagnósticos são informações usadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro, esses incluem: características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, populações em risco e condições. Estas são informações importantes para a prática clínica do enfermeiro, por oferecem suporte para o raciocínio clínico necessário para avaliação e identificação rápida e precisa dos diagnósticos. Para os diagnósticos da categoria “promoção da saúde” é mandatório a apresentação de características definidoras (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Tabela 6 – Características definidoras do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" validadas pelos enfermeiros peritos

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Média Aritmética Simples	Média Ponderada	Desvio Padrão
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a sua capacidade funcional	0,79	0,83	0,19
CD2-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável	0,79	0,82	0,17
CD3-Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde	0,76	0,80	0,18
CD4-Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência	0,75	0,79	0,21
CD5-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar	0,70	0,75	0,22
CD6-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade	0,72	0,76	0,19
CD7-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado	0,84	0,85	0,13
CD8-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a função cognitiva	0,78	0,82	0,18
CD9-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças	0,77	0,81	0,19
CD10-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a saúde mental	0,72	0,76	0,20
CD11-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social	0,79	0,82	0,18
CD12-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	0,80	0,83	0,17
CD13-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia	0,86	0,88	0,13
Índice de Validação dos Conteúdo (IVC) para as CDs do novo Diagnóstico	0,77	0,80	

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

Foi recomendo pelos peritos de números 33, 48, 52, 62, 64 e 66 a exclusão da palavra "motivação" das CD e inclusão da palavra "condição". Assim, como complementar as CD com os termos "melhorar ou manter".

Recomendações acolhidas uma vez que na NANDA-I (2018-2020) foi modificada a definição dos diagnósticos da categoria de promoção da saúde, para:

> Julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas

> em qualquer estado de saúde. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo. As respostas de promoção da saúde podem existir em um indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 48).

Segundo a taxonomia NANDA-I (2018-2020) esta alteração reflete ao reconhecimento da existência de indivíduos que não conseguem verbalizar suas intenções, mas o enfermeiro como agente de saúde poderá agir em benefício ao indivíduo quando identificar uma "condição" para promoção da saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Então, considerando as sugestões dos peritos e a mudança na definição dos diagnósticos da categoria de promoção da saúde na taxonomia NANDA-I (2018-2020) foi substituída a palavra "motivação" para "condição" das CD do DE proposto. Deste modo, o enfermeiro ao consultar as CD do DE "Disposição para envelhecimento saudável" também poderá identificar as respostas de promoção da saúde de indivíduos incapazes de expressar suas intenções.

Foram realizadas algumas alterações nas expressões e definições das CD do DE "Disposição para envelhecimento saudável", em observância ao capítulo 3.7 - Padronização dos termos indicadores diagnósticos - da taxonomia NANDA-I (2018-2020). Nesse capítulo a taxonomia NANDA-I (2018-2020) faz considerações quanto a redução de variação nos termos utilizados para os indicadores diagnósticos, para simplificar o processo de tradução, uma vez que um termo/expressão será usado em toda a terminologia para indicadores diagnósticos similares. Desse modo, tornando os indicadores diagnósticos mais úteis clinicamente oferecendo um melhor suporte diagnóstico para os enfermeiros em seu cotidiano (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Além do cumprimento do capítulo 3.7 da taxonomia NANDA-I (2018-2020), também foram observadas as sugestões unânimes entre os peritos para realizar as alterações nas CD. Ver Quadro 39.

Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas (continua)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DEFINIÇÃO	ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS PERITOS
Antes da validação: CD1- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua capacidade funcional **Após a validação:** CD1- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional	**Antes da validação**: Capacidade de decidir e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado. (ARAUJO et al, 2019). **Após a validação:** mantido o conceito inicial	Substituição da palavra “motivação” por “condição”, para contemplar pacientes que não podem manifestar o desejo. Mas, o enfermeiro poderá avaliar a condição do paciente para promoção do envelhecimento saudável. (Peritos 33, 48, 52, 62, 64 e 66)
Antes da validação: CD2- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o estilo de vida **Após a validação:** CD2- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável	**Antes da validação**: “conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.37). **Após a validação:** Manter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, não fumar e consumir moderadamente bebida alcoólica (FLORES et al., 2018).	Inclusão da palavra “saudável” para especificar qual estilo de vida”. (Peritos 62 e 70) Revisão da definição da CD, para uma linguagem mais usual para o enfermeiro na prática clínica. (Peritos 12 e 16)

Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas (continuação)

Antes da validação: CD3- Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o conhecimento para fazer as melhores escolhas em relação a promoção da sua saúde **Após a validação:** CD3- Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde	**Antes da validação**: Capacitação e participação do indivíduo (pessoa, família, comunidade ou grupo) para atuar na melhoria de sua saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). **Após a validação:** mantido o conceito inicial	Ajustada as palavras na frase da CD, para melhor compreensão do enfermeiro. (Peritos 36, 48 e 62)
Antes da validação: CD4- Expressa desejo e/ou motivação de aumentar a resiliência **Pós validação:** CD4 - Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência;	**Antes da validação:** Capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (LIMA et al., 2019b). **Pós validação:** mantido o conceito inicial	-
Antes da validação: CD5- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a dinâmica familiar **Após a validação:** CD5- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar	**Antes da validação:** Possuir relação e interação familiar disponível, que seja capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida” (AL UBAIDI, 2017; SILVA et al., 2014) **Após a validação:** mantido o conceito inicial	-

Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas (continuação)

Antes da validação: CD6- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a espiritualidade **Após a validação:** CD6- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade.	**Antes da validação: "**Qualidade de se preocupar com sentimentos e crenças mais profundos, às vezes religiosos" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.53). **Após a validação:** Busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (CATRE et al., 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).	Revisão da definição da CD, para uma linguagem mais usual para o enfermeiro na prática clínica. (Peritos 63, 72 e 73)
Antes da validação: CD7- Expressa o desejo e/ou motivação de manter a independência para o autocuidado **Após a validação:** CD7- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado	**Antes da validação:** Capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (OREM, 2001). **Após a validação:** mantido conceito inicial	-
Antes da validação: CD8- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar sua função cognitiva **Após a validação:** CD8- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva	**Antes da validação:** Capacidade mental (memória, percepção, linguagem, raciocínio, planejamento, monitoramento, atenção e habilidade de realizar movimentos complexos) de compreender e resolver os problemas habituais da vida (MORAES, MARIANO e SANTOS, 2010). **Após a validação:** mantido conceito inicial	Alteração de "função cognitiva" para "capacidade cognitiva" para abarcar a definição do DE proposto. (Peritos 33 e 64)

Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas (continuação)

Antes da validação: CD9- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o controle de doenças **Após a validação:** CD9- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças	**Antes da validação:** O controle de doenças expressa a prevenção secundária, definida como: “medidas que identificam e tratam pessoas assintomáticas que já desenvolveram fatores de risco ou doença pré-clínica” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p. 47). **Após a validação:** Regulação e integração à vida diária para prevenção de fatores de risco ou de doença e suas sequelas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).	Revisão da definição da CD de modo a unificar a proposta da taxonomia NANDA-I. (Peritos 30, 33, 57 e 64)
Antes da validação: CD10- Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o equilíbrio psicológico **Após a validação:** CD10- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o bem-estar psicológico	**Antes da validação: “**Estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p.1). **Após a validação:** Envolve auto aceitação, administrando das situações de vida, autonomia, relacionamentos positivos, crescimento pessoal e propósitos de vida (RYFF, 2014).	Alteração da palavra “equilíbrio psicológico” para “bem-estar psicológico”. Revisão da definição da CD. (Peritos 33, 36, 44, 48 e 63)

Quadro 39 – Características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” antes e após a etapa de validação de conteúdo por especialistas (conclusão)

Antes da validação: CD11- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o engajamento social **Após a validação:** CD11- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social	**Antes da validação:** “participação do indivíduo em uma ampla gama de papéis e relacionamentos sociais” (WILLIAM; MCLEOD e PESCOSOLIDO, 2007, p. 333). **Após a validação** Manutenção de redes sociais e participação em atividades sociais (GUEDES et al., 2017; LIMA et al., 2018; PINTO; NERI, 2017)	Revisão da definição para um autor mais atual que defina o engajamento social no contexto do idoso. (Perito 15 e 40) .
Antes da validação: CD12- Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua qualidade de vida **Após a validação:** CD12- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	**Antes da validação:** “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1.405). **Após a validação:** mantido conceito inicial	-
Antes da validação: CD13- Expressa o desejo e/ou motivação de manter a sua autonomia **Após a validação:** CD13- Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia	**Antes da validação:** “Capacidade percebida de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se vive diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.10). **Após a validação:** mantido conceito inicial	-

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das CD como “indicadores maiores” (média ponderada maior ou igual a 0,80), “indicadores menores” (média ponderada inferior a 0,80, mas superior a 0,50) e “indicadores inadequados” (média ponderada inferior a 0,50), conforme sugerido por Fehring (1987,1994).

Tabela 7 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” quanto à “indicadores maiores”, “indicadores menores” e “indicadores inadequados”

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS “Indicadores MAIORES”	**MÉDIA PONDERADA**
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional	**0,83**
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional	**0,82**
CD2-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável	**0,82**
CD3-Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde	**0,80**
CD7-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado	**0,85**
CD8-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva	**0,82**
CD9-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças	**0,81**
CD11-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social	**0,82**
CD12-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	**0,83**
CD13-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia	**0,88**
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS “Indicadores MENORES”	**MÉDIA PONDERADA**
CD4-Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência	**0,79**
CD5-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar	**0,75**
CD6-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade	**0,76**
CD10-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o bem-estar psicológico	**0,76**

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

Nenhuma CD foi classificada como “indicadores inadequados”, ou seja, com média ponderada inferior a 0,50. Das 13 CD concebidas para o DE proposto, 69,23% (n=9) foram classificadas como “indicadores maiores”, o que denota que os indicadores diagnósticos elaborados estão adequados para o diagnostico “Disposição para envelhecimento saudável”.

A Tabela 8 apresenta o percentual de concordância individual dos enfermeiros peritos relativo a cada CD proposta para o diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável”.

Tabela 8 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável”, quanto ao julgamento de avaliação dos enfermeiros peritos

Características Definidoras	Muitíssimo característico	Muito característico	De algum modo característico	Muito pouco característico	Não é característico
CD1	36,49% (n=27)	47,30% (n=35)	14,86% (n=11)	0	1,35% (n=1)
CD2	31,08% (n=23)	56,76% (n=42)	9,46% (n=7)	2,70% (n=2)	0
CD3	29,73% (n=22)	51,35% (n=38)	14,86% (n=11)	4,05% (n=3)	0
CD4	27,03% (n=20)	52,70% (n=39)	12,16% (n=9)	5,41% (n=4)	2,70% (n=2)
CD5	22,97% (n=17)	43,24% (n=32)	27,03% (n=20)	5,41% (n=4)	1,35% (n=1)
CD6	22,97% (n=17)	48,65% (n=36)	24,32% (n=18)	4,05% (n=3)	0
CD7	40,45% (n=30)	56,76% (n=42)	2,70% (n=2)	0	0
CD8	33,78% (n=25)	52,70% (n=39)	9,46% (n=7)	4,05% (n=3)	0
CD9	29,73% (n=22)	55,40% (n=41)	10,81% (n=8)	2,70% (n=2)	1,35% (n=1)
CD10	21,62% (n=16)	54,05% (n=40)	20,27% (n=15)	2,70% (n=2)	1,35% (n=1)
CD11	35,13% (n=26)	52,70% (n=39)	8,10% (n=6)	40,5% (n=3)	0
CD12	37,84% (n=28)	51,35% (n=38)	8,10% (n=6)	2,70% (n=2)	0
CD13	48,65% (n=36)	50% (n=37)	1,35% (n=1)	0	0

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

As CD 1, 4, 5, 9 e 10 foram avaliadas por 1,35% a 2,70% dos peritos como “não é característico do diagnóstico”.

Em relação a CD1 “Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional”, 1 (1,35%) enfermeiro avaliou como “não é característico do diagnóstico”. Não foi sugerida alteração para a CD1.

A OMS (2015b) pondera no relatório mundial de envelhecimento e saúde a importância do desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional para a promoção do envelhecimento saudável. A capacidade funcional é caracterizada pelo potencial do indivíduo de escolher e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado (ARAÚJO et al., 2019). A capacidade para realizar as atividades de vida diária foi identificada como um antecedente do conceito de envelhecimento saudável na etapa de análise conceitual deste estudo. A CD1 foi avaliada por 83,78% (n=62) dos peritos como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico”, que no final da validação de conteúdo pelos especialistas obteve média ponderada 0,83 e média aritmética simples de 0,79. Deste modo, a CD1 foi considerada um indicador diagnóstico para o DE “Disposição para

envelhecimento saudável", sendo possível a estratificação por meio de escalas de avaliação funcional que classificam as atividades cotidianas de acordo com o seu nível de complexidade, como as escalas: Escala de Lawton de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Índice de Katz (BARBOSA et al., 2014).

Quanto a CD4 "Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência", 2 (2,70%) peritos avaliaram como "não é característico do diagnóstico". Dos 74 peritos, 5,41% (n=4) avaliaram a CD4 como "muito pouco característico do diagnóstico". Estes peritos não apontaram modificação ou correção para a CD4.

A resiliência foi identificada na etapa de análise conceitual deste estudo com um antecedente do conceito de envelhecimento saudável. A resiliência está intimamente ligada à qualidade de vida e capacidade funcional (SILVA JÚNIOR et al., 2019). Estudos (ARAÚJO; SILVA, 2017; HASSANI, et al., 2017; LEÃO et al., 2018) destacam a relação da resiliência com a capacidade funcional, enfatizando a importância da realização da avaliação de resiliência do idoso para rastreio do potencial de reabilitação e/ou recuperação. A CD4 foi avaliada por 79,73% (n=59) dos peritos como "muitíssimo ou muito característico do diagnóstico", que no final da validação de conteúdo pelos especialistas obteve média ponderada 0,79 e média aritmética simples de 0,75. Deste modo, a CD4 também foi considerada um indicador diagnóstico que poderá possibilitar ao enfermeiro a identificação do DE "Disposição para envelhecimento saudável". Sendo possível a estratificação por meio da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1990) (LEÃO et al., 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2019).

Quanto a CD5 "Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar", foi avaliada por 1 (1,35%) perito como "não é característico do diagnóstico". A CD5 também foi avaliada por 5,41% (n=4) dos peritos como "de algum modo característico do diagnóstico". Estes enfermeiros também não sugeriram modificações ou correções para a CD5.

O apoio familiar foi identificado como um antecedente do conceito de envelhecimento saudável na etapa de análise conceitual desta tese. O contexto familiar revela-se como um fator diferencial para o envelhecimento saudável, transmitindo à pessoa idosa segurança, amor e estima que refletem no seu bem-estar (REIS; TRAD, 2015; SEIBEL, et al., 2017; TESTON; SILVA; MARCON, 2017). A insuficiência familiar é caracterizada como uma síndrome geriátrica, tendo como elementos definidores do conceito o baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado (SOUZA et al., 2015). No final da validação de conteúdo pelos

especialistas a CD5 obteve média ponderada 0,75 e média aritmética simples de 0,70. Frente a estas considerações o enfermeiro poderá considerar a CD5 como um dos indicadores diagnósticos para o DE “Disposição para envelhecimento saudável”, como inferiram 66,22% (n=49) dos peritos, que avaliaram a CD5 como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico” e 27,03% (n=20) como “de algum modo característico do diagnóstico”. A CD5 poderá ser estratificada pelo enfermeiro por meio da escala APGAR Familiar (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2014; VERA et al., 2014).

Em relação a CD9 “Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças”, 1 (1,35%) perito avalio como “não é característico do diagnóstico”. O perito de número 33 fez o seguinte apontamento para a CD9: “[...] caberia mais no diagnóstico de disposição para controle da saúde melhorado, mesmo sendo o idoso assintomático”. A CD9 também foi avaliada por 2,70% (n=2) dos peritos como “muito pouco característico do diagnostico”. O perito de número 30 registrou uma observação semelhante ao do perito 33: “[...] essa é uma característica já pertencente a outro diagnóstico do Domínio I: "Disposição para o controle da saúde melhorado [...]”. Dos 74 peritos, 85,13% (n=63) avaliaram a CD9 como “muitíssimo ou muito característico do diagnóstico” e 10,81% (n=8) como “de algum modo característico do diagnostico”. No final da validação de conteúdo pelos especialistas a CD9 obteve média ponderada 0,81 e média aritmética simples de 0,77. A “ausência de doenças” foi identificada como um atributo do conceito de envelhecimento saudável na etapa de análise conceitual deste estudo. Estudos (ASSMANN et al., 2018; BOSH-FARRÉ et al., 2018; FERDOWS; JENSEN; TARRAF, 2017; JASPERS et al., 2017) ponderam que doenças crônicas podem afetar a capacidade funcional e comprometer o envelhecimento saudável. E outros estudos (NUNES, J. et al., 2017; TAVARES; DIAS, 2012) enfatizam a prevenção e controle de doenças e suas sequelas, a fim de evitar ou minimizar danos à qualidade de vida dos idosos. Diante das considerações foi ajustada a definição da CD9, agregando-a ao conceito do DE “disposição para controle da saúde melhorado (00162)” da taxonomia NANDA-I (2018-2020), para facilitar a compreensão da CD9. Visto que na terminologia NANDA-I (2018-2020) os DE podem apresentar indicadores diagnósticos similares, onde o agrupamento dos indicadores e a própria definição do diagnóstico (a resposta humana) auxiliaram o enfermeiro a inferir o diagnóstico correto para o paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Quanto a CD10 “Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a saúde mental”, que após a validação dos peritos foi ajustada para “Expressa o desejo ou condição de

melhorar ou manter o bem-estar psicológico", foi avaliada por 1, 35% (n=1) dos peritos como "não é característico do diagnóstico". O perito não sugeriu alteração ou correção para a CD10. Dos 74 enfermeiros, 2,70% (n=2) avaliaram a CD10 como "de algum modo característico do diagnóstico", e também não sugeriram alterações ou correções para a CD10. A CD10 também foi avaliada por 75,68% (n=56) dos enfermeiros como "muitíssimo ou muito característico do diagnóstico", onde o perito de número 33 registrou a seguinte sugestão: "[...] manter ou aumentar equilíbrio psicológico". E o perito de número 48 sugeriu: "[...] penso que na definição poderia ter uma relação entre os conceitos "equilíbrio psicológico" e "saúde mental". No final da validação de conteúdo pelos especialistas a CD10 obteve média ponderada 0,76 e média aritmética simples de 0,72.

O bem-estar psicológico foi identificado como um atributo para o conceito de envelhecimento saudável na etapa de análise conceitual deste estudo. O bem-estar psicológico é necessário para manter a saúde mental, sendo caracterizado pela capacidade do indivíduo de possuir uma visão positiva sobre si e sua vida, potencializando o empoderamento e a adaptação às mudanças próprias do processo de envelhecimento (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014; RYFF, 2014).

Perante as considerações e avaliação dos peritos, a CD10 foi considerada um indicador diagnóstico para o DE "Disposição para envelhecimento saudável".

Conforme sugestões dos enfermeiros peritos foi elaborado um quadro com indicação de instrumentos que podem auxiliar o enfermeiro na avaliação das CD, e consequentemente na identificação do DE "Disposição para envelhecimento saudável". Ver Quadro 40.

Quadro 40 – Características definidoras, definições e instrumentos para avaliação (continua)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS/ DEFINIÇÃO	INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO SUGERIDA NA LITERATURA
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional **Definição:** Capacidade de decidir e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado. (ARAUJO et al., 2019).	**Escala de Lawton-Brody** (1969) **Índice de Katz** (KATZ et al., 1963)
CD2-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável **Definição:** Manter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, não fumar e consumir moderadamente bebida alcoólica (FLORES et al., 2018).	**Antropometria Nutricional** (MELLO et al., 2017; PFRIMER et al., 2015; TAVARES et al, 2015) **Mini Avaliação Nutricional (MAN)** (KAISER et al., 2009; RUBENSTEIN et al., 2001) ***Alcohol Use Disorder Identification Test*** (AUDIT) (BABOR et al., 2001)
CD3-Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde **Definição:** Capacitação e participação do indivíduo (pessoa, família, comunidade ou grupo) para atuar na melhoria de sua saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).	**Escala de Letramento em Saúde** (ELS)/ **Health Literacy Scale 14-item** (BATISTA et al., 2020)
CD4-Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência **Definição:** Capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (LIMA et al., 2019b).	**Escala de Resiliência (ER)** (WAGNILD; YOUNG, 1990)
CD5-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar **Definição**: Possuir relação e interação familiar disponível, que seja capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida" (AL UBAIDI, 2017; SILVA et al., 2014).	**APGAR Familiar** (SMILKSTEIN, 1978)

Quadro 40 – Características definidoras, definições e instrumentos para avaliação (continuação)

CD6-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade **Definição**: Busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (CATRE et al., 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).	**Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro** (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007) ***World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*** **(WHOQOL-SRPB)** (PANZINI et al., 2011)
CD7-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado **Definição**: Capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (OREM, 2001).	**Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado** (EACAC) (SILVA, 2013)
CD8-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva **Definição**: Capacidade mental (memória, percepção, linguagem, raciocínio, planejamento, monitoramento, atenção e habilidade de realizar movimentos complexos) de compreender e resolver os problemas habituais da vida (MORAES; MARIANO; SANTOS, 2010).	**Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** (FOLSTEIN et al., 1975)
CD9-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças **Definição**: Regulação e integração à vida diária para prevenção de fatores de risco ou de doença e suas sequelas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).	-
CD10-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o bem-estar psicológico **Definição**: Envolve auto aceitação, administrando das situações de vida, autonomia, relacionamentos positivos, crescimento pessoal e propósitos de vida (RYFF, 2014).	**Escala de Depressão Geriátrica (GDS)** (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999) **Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)** (RYFF, 1989)
CD11-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social **Definição**: Manutenção de redes sociais e participação em atividades sociais (GUEDES et al., 2017; LIMA et al., 2018; PINTO; NERI, 2017)	**Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo (IESS)** (LIMA et al., 2018; PAIXÃO; OLIVEIRA, 1996)

Quadro 40 – Características definidoras, definições e instrumentos para avaliação (conclusão)

CD12-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida **Definição**: "Percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1.405).	***Short Form Health* Survey 36 (SF-36)** (WARE; SHERBOURNE, 1992) / ***Short Form Health* Survey 12 (SF-12)** ***World Health World Health Organization Qualityof Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD)** (POWER; QUINN; SCHMIDT, 2005)
CD13-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia **Definição:** "Capacidade percebida de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se vive diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, p.10)	-

Legenda: CD = Característica definidora
Fonte: A autora, 2020.

Os instrumentos estão descritos detalhadamente na etapa de resultados da análise conceitual no tópico "definição de referenciais empíricos" desta tese.

3.4.3 Considerações finais da validação de conteúdo por especialistas

O DE "Disposição para envelhecimento saudável" de acordo com a validação de conteúdo por enfermeiros especialistas foi considerado pertinente para integrar a taxonomia NANDA-I.

O IVC geral do diagnóstico foi de 0,81, quando calculado pela média ponderada e 0,77 quando calculado pela média aritmética simples, considerado válido para a taxonomia NANDA-I. O título do diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" e a definição "Padrão para o desenvolvimento ou manutenção da capacidade funcional e cognitiva, bem-estar psicológico e espiritual, e engajamento social para um envelhecer com qualidade de vida", foram revistos e ajustados conforme os apontamentos dos peritos.

As CD propostas para o DE "Disposição para envelhecimento saudável" foram validadas pelos peritos. Nenhum elemento sugerido para o diagnóstico proposto foi considerado "inadequado".

A validação de conteúdo por especialistas foi fundamental para as adequações dos elementos do diagnóstico proposto, que subsidiou a elaboração da estrutura diagnóstica para submissão de diagnósticos da taxonomia NANDA-I (2018-2020). A estrutura diagnóstica proposta conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da NANDA-I (2018-2020).

3.5 **Resultados e discussão: estrutura diagnóstica proposta conforme seguimento do protocolo de submissão de diagnósticos da taxonomia NANDA-I**

Após as realizações da RI, da análise conceitual e da validação de conteúdo por especialistas, foi possível consolidar o DE "Disposição para envelhecimento saudável" e elencar os componentes fundamentais conforme a taxonomia NANDA-I (2018-2020).

No formulário de protocolo de submissão da taxonomia NANDA-I (ANEXO 2), sugere-se que tenha uma comparação do DE proposto com algum DE já existente na NANDA-I. Então, além da discussão apresentada no capítulo de resultados "validação dos elementos propostos para o diagnóstico de enfermagem" quanto a diferenciação dos DE do domínio 1 (promoção da saúde), o Quadro 40 apresenta uma comparação entre dois diagnósticos.

O diagnóstico selecionado para comparação foi o diagnóstico "Disposição para controle da saúde melhorado (00162)" que está ordenado na Taxonomia II da NANDA-I na categoria de promoção da saúde, no domínio 1 (Promoção da saúde) e classe 2 (Controle de saúde). O diagnóstico escolhido para comparação está posicionado no mesmo nível estrutural da Taxonomia II em que será sugerida a alocação do novo diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável" na taxonomia NANDA-I (2018-2020).

O Quadro 40 apresentada uma comparação das informações de dois DE, a saber: o diagnóstico proposto nesta tese "Disposição para envelhecimento saudável", e o diagnóstico "Disposição para controle da saúde melhorado (00162)" da taxonomia NANDA-I (2018-2020). Ambos foram relacionados com a finalidade de justificar a proposta, tendo em vista a diferença nas suas definições e características definidoras, apesar de categoria, domínio e classe semelhantes. Ver Quadro 41.

Quadro 41 – Comparação do diagnóstico de enfermagem proposto “Disposição para o envelhecimento saudável” com o “Disposição para controle da saúde melhorado (00162)” da NANDA-I (continua)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROPOSTO	**RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DA NANDA-I (2018-2020)**
Título do diagnóstico proposto: Disposição para envelhecimento saudável	**Título do diagnóstico da taxonomia NANDA-I (2018-2020):** Disposição para controle da saúde melhorado (00162) Aprovado em 2002 - Revisado em 2010, 2013 - Nível de evidência 2.1
Definição: Padrão para o desenvolvimento ou manutenção da capacidade funcional e cognitiva, bem-estar psicológico e espiritual, e engajamento social para um envelhecer com qualidade de vida.	**Definição:** Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser melhorado.
Domínio 1: Promoção da saúde	**Domínio 1:** Promoção da saúde
Classe 2: Controle da saúde	**Classe 2:** Controle da saúde

Quadro 41 – Comparação do diagnóstico de enfermagem proposto “Disposição para o envelhecimento saudável” com o “Disposição para controle da saúde melhorado (00162)” da NANDA-I (conclusão)

Características definidoras:	**Características definidoras:**
Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a bem-estar psicológico Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	Expressa desejo de melhorar a condição de vacinação/imunização Expressa desejo de melhorar as escolhas da vida diária para alcançar metas Expressa desejo de melhorar o controle de doenças Expressa desejo de melhorar o controle de fatores de risco Expressa desejo de melhorar o controle de regimes prescritos Expressa desejo de melhorar o controle de sintomas

Nota: Elaborado a partir da taxonomia NANDA-I (2018-2020) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Fonte: A autora, 2020.

A última etapa a ser preenchida no protocolo de submissão de novos DE à NANDA-I são as sugestões de intervenções de enfermagem, conforme terminologia da NIC (BULECHEK et al., 2016) e de resultados de enfermagem, conforme NOC (MOORHESAD et al., 2016), apropriados para o DE proposto. Desta maneira, no Quadro 42 foram dispostas as intervenções e resultados de enfermagem relacionados a promoção da saúde e as características definidoras propostas para o DE “Disposição para o envelhecimento saudável”. Ver Quadro 42.

Quadro 42 – Proposta de intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", conforme características definidoras (continua)

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
CD1-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional	**0113-Envelhecimento físico** (Mudanças fisiológicas normais que ocorrem durante o processo natural de envelhecimento) **0300-Autocuidado: Atividades da vida diária (AVD)** (Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar) **0306-Autocuidado: Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)** (Ações pessoais para realizar as atividades necessárias para atuar em casa ou na comunidade de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar	**1800-Assistência no autocuidado** (Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária) **1805-Assistência no autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária** (Assistência e orientação a pessoa para que realize as atividades essenciais da vida diária necessárias ao funcionamento em casa ou na comunidade)
CD2-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável	**1621-Comportamento de adesão: Dieta Saudável** (Ações auto iniciadas para monitorar e otimizar um regime alimentar nutricional equilibrado)	**5246-Aconselhamento nutricional** (Uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta) **0200-Promoção do Exercício** (Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde)

Quadro 42 – Proposta de intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", conforme características definidoras (continuação)

CD3-Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde	**1602-Comportamento de Promoção de Saúde** (Ações pessoais para manter ou aumentar o bem-estar) **1823-Conhecimento: Promoção da Saúde** (Extensão da compreensão sobre a informação necessária para obter e manter uma saúde ideal)	**5510-Educação em saúde** (Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento propício à saúde em indivíduos, famílias, grupos e comunidades)
CD4-Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência	**1309-Resiliência pessoal** (Adaptação e funcionamento positivo de um indivíduo após crise adversa significativa)	**8340-Promoção da Resiliência** (Assistência a indivíduos, famílias e comunidades para o desenvolvimento, uso e fortalecimento de fatores protetores a serem utilizados para lidar com estressores ambientais e sociais)
CD5-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar	**2601-Bem-estar familiar** (Capacidade de uma família de fornecer um ambiente de apoio, caracterizado por relações e objetivos do membro da família).	**7100-Promoção da integridade familiar** (Promoção da coesão e da união familiar) **7140-Apoio Familiar** (Promoção de valores, interesses e metas familiares)
CD6-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade	**2001-Saúde Espiritual** (Conexão consigo mesmo, com outras pessoas, com um poder superior, com toda a vida, a natureza e o universo que transcende e fortalece o eu)	**5420-Apoio Espiritual** (Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior)
CD7-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado	**0313-Estado de autocuidados** (capacidade de desempenhar atividades de cuidado pessoal básicas e atividades instrumentais da vida diária)	**5326-Melhora das habilidades de vida** (desenvolvimento da capacidade de um indivíduo para lidar independente e efetivamente com as exigências e desafios da vida cotidiana)

Quadro 42 – Proposta de intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", conforme características definidoras (continuação)

CD8-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva	**0900-Cognição** (Capacidade de executar complexos processos mentais) **0908-Memória** (Capacidade de recuperar e relatar, cognitivamente, informações armazenadas anteriormente.)	**4760-Treinamento da memória** (Facilitação da memória)
CD9-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças	**1603-Comportamento de Busca de Saúde** (Ações pessoais para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes)	**6520-Avaliação de saúde** (detecção de riscos à saúde ou problemas por meio de histórico, exames e outros procedimentos) **8820-Controle de doenças transmissíveis** (trabalho com a comunidade para reduzir e controlar a incidência e prevalência de doenças contagiosas em uma população específica)
CD10-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o bem-estar psicológico	**3009-Satisfação do cliente: cuidado psicológico** (alcance da percepção positiva da assistência de enfermagem para enfrentar as questões emocionais e desempenhar as atividades mentais.	**6480-Controle do ambiente** (Manipulação do ambiente do paciente visando a benefício terapêutico, apelo sensorial e bem-estar psicológico)
CD11-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social	**1503-Envolvimento social** (Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações)	**4362-Modificação do Comportamento: Habilidades Sociais** (Auxílio ao paciente para desenvolver ou melhorar as habilidades sociais interpessoais) **5100-Melhora da Socialização** (Facilitação da capacidade de uma pessoa de interagir com os outros) **5440-Melhora do Sistema de Apoio** (Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade)

Quadro 42 – Proposta de intervenções e resultados de enfermagem para o diagnóstico "Disposição para envelhecimento saudável", conforme características definidoras (conclusão)

CD12-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida	**2000-Qualidade de vida** (Extensão da percepção positiva das atuais circunstâncias da vida)	**5390-Melhora da autopercepção** (assistência a paciente para investigar e entender os próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos)
CD13-Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia	**1606-Participação nas decisões sobre cuidados de saúde** (Envolvimento pessoal na escolha e na avaliação das opções de cuidados de saúde para alcançar o resultado desejado). **1614-Autonomia pessoal** (Ações pessoais de um indivíduo competente para o exercício do governo nas decisões de vida)	**5250-Apoio à tomada de decisão** (Fornecimento de informações e apoio a um paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde)

Nota: Elaborado a partir de intervenções de enfermagem, conforme terminologia da NIC (BULECHEK et al., 2016) e de resultados de enfermagem, conforme NOC (MOORHESAD et al., 2016).
Fonte: A autora, 2020.

A elaboração do Quadro 42 também foi apoiada pelos estudos de Carvalho e colaboradores (2018), Tavares, Camacho e Mota (2017) e Canhestro e Basto (2016).

Na revisão integrativa realizada por Carvalho e colaboradores (2018) referente à intervenções educativas para promoção da saúde do idoso, os autores identificaram que as intervenções educativas como orientações pedagógicas durante a consulta de enfermagem, acompanhamento domiciliar aconselhamento com dinâmicas motivacionais e sessões educativas com estratégias lúdicas, promoveram a saúde dos idosos por oportunizar a maior adoção de estilo de vida saudáveis, acompanhamento terapêutico e bem-estar (CARVALHO et al., 2018).

As autoras Tavares, Camacho e Mota (2017) realizaram uma revisão integrativa referente as ações de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família, e identificaram as seguintes ações de enfermagem: realizar procedimentos técnicos; realizar consulta de enfermagem; atender preferencialmente o idoso; acompanhar o idoso e sua situação de saúde; realizar visita domiciliar; realizar grupos de educação em saúde; realizar atividades para

socialização; identificar necessidade do idoso; orientar; e tratar afetivamente (TAVARES; CAMACHO; MOTA, 2017).

No estudo de revisão sistemática de Canhestro e Basto (2016), as autoras identificaram 54 resultados sensíveis às intervenções de enfermagem ao nível do estado funcional, autocuidado, controle de sintomas, atividades de promoção da saúde, qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com as intervenções de enfermagem (CANHESTRO; BASTO, 2016).

Também foi consultada a listagem de intervenções de enfermagem da especialidade de enfermagem gerontológica da taxonomia NIC. A NIC apresenta uma lista em ordem alfabética de intervenções de enfermagem essenciais (referentes a um conjunto limitado e central de intervenções, que define a natureza de uma especialidade) para 49 áreas de especialidade de enfermagem. Estão listadas as seguintes intervenções de enfermagem para a especialidade de enfermagem gerontológica, (BULECHEK et al., 2016, p. 961-962): acompanhamento por telefone; administração de enema; administração de medicamentos; apoio à proteção contra abuso: idoso; apoio ao cuidador; apoio emocional; arteterapia; assistência ao morrer; assistência no autocuidado; assistência no autocuidado: atividades essenciais da vida diária; assistência quanto a recursos financeiros; autorização do seguro; biblioterapia; controle a demência; controle da demência: banho; controle da demência: perambulação; controle da nutrição; controle da pressão; controle de constipação/impactação; controle do ambiente: conforto; controle do ambiente: preparo do lar; controle do comportamento; controle do delírio; controle do prolapso retal; controle hidroeletrolítico; cuidados com cabelo e couro cabeludo; cuidados com lesões: lesão que não cicatriza; cuidados com os pés; cuidados durante o repouso; cuidados na incontinência intestinal; cuidados para incontinência urinária; facilitação do processo de pesar; gerenciamento de caso; melhora da autoeficácia; melhora da compreensão da saúde; melhora da comunicação: déficit auditivo; melhora do enfrentamento; micção induzida; monitoração das extremidades inferiores; posicionamento; prescrição de medicamentos; prescrição: teste diagnóstico; prescrição: tratamento não farmacológico; promoção do envolvimento familiar promoção do exercício; proteção dos direitos do paciente; reconciliação de medicamentos; redução do estresse por mudança; terapia com exercício: deambulação; terapia de recordações; terapia de validação; treinamento do hábito urinário; treinamento intestinal; e vestir.

Nota-se que as intervenções de enfermagem listadas para a especialidade gerontológica na taxonomia NIC em sua maioria estão voltadas para o cuidado ao nível

secundário e terciário. Sendo necessário incorporar intervenções voltadas a promoção da saúde para a população idosa. Acredita-se que com a introdução do DE “Disposição para o envelhecimento saudável” à taxonomia NANDA-I poderá motivar pesquisas referente a intervenções de enfermagem voltadas a promoção do envelhecimento saudável, é assim incorporá-las a lista de intervenções da especialidade gerontológica na taxonomia NIC.

O diagnóstico será encaminhado posteriormente ao revisor, pertencente ao *Diagnosis Development Committee* (DDC) (Figura 12).

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (continua)

DIAGNÓSTICO - FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO

TIPO DE SUBMISSÃO
Novo diagnóstico

CONTATO

rosane.bcardoso@gmail.com

REFERÊNCIAS

Al UBAIDI, B.A. Cost of Growing up in Dysfunctional Family Fam. **J. Med. Dis. Prev**., v.3, n.3, p.1-6, 2017. Disponível em: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-3-059.php?jid=jfmdp>. DOI: 10.23937/2469-5793/1510059. Acesso em: 28 jul. 2019.

ARAUJO, G. K. N. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 32, n. 3, p. 312-318, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>. Acesso em: 06 abr. 2020.

CATRE, M. N. C. et al. Espiritualidade: Contributos para uma clarificação dos conceitos. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 31-46, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.877>. Acesso em: 16 jun. 2019.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psic. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 591-604, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>. Acesso em: 03 abr. 2020.

FLORES, T. R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201720112, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100012>. Acesso em: 05 abr. 2020.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n. 27, v. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>. Acesso em: 05 fev. 2020.

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (2018-2020) (continuação)

HERDMAN, S.T.H.; KAMITSURU, S. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020**. Eleventh Edition, 2018.

LIMA, L. et al. Adaptação e validação da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo em idosos portugueses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3096, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2647.3096>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LIMA, G.S. et al. Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, n. e3212, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212&gt>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MORAES, E. N.; MARIANO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med**., v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>. Acesso em: 24 jun. 2019

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. 6 ed. St. Louis, MO: Mosby. 2001.

PINTO, J.M; NERI, A. L. Trajetórias de participação social na terceira idade: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 259-272, abril de 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077 >. Acesso em: 25 mar. 2020.

RYFF, C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. **Psychother Psychosom**, v. 83, n. 1, p. 10-28, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000353263>. Acesso em: 02 mai. 2019.

SILVA, M. J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>. Acesso em: 22 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, v.5, 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**., v.14, n. 10, p.1403-9. 1995. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Acesso em: 16 jul. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneve: WHO; 2015b.

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (continuação)

Existe um diagnóstico atual relacionada com a sua submissão?
Sim: Disposição para controle da saúde melhorado (00162) / Aprovado em 2002 / Revisado em 2010, 2013 / Nível de evidência 2.1

RÓTULO

Ref	Título do Diagnóstico
	Disposição para o envelhecimento saudável

DEFINIÇÃO

Ref	Definição do Diagnóstico
	Padrão para o desenvolvimento ou manutenção da capacidade funcional e cognitiva, bem-estar psicológico e espiritual, e engajamento social para um envelhecer com qualidade de vida.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Ref	Característica Definidora 1
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade funcional. **Definição:** Capacidade de decidir e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado. (ARAUJO et al., 2019).
Ref	**Característica Definidora 2**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter um estilo de vida saudável **Definição:** Manter uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, não fumar e consumir moderadamente bebida alcoólica (FLORES et al., 2018).
Ref	**Característica Definidora 3**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar o conhecimento para fazer escolhas adequadas para promoção da sua saúde **Definição:** Capacitação e participação do indivíduo (pessoa, família, comunidade ou grupo) para atuar na melhoria de sua saúde (WHO, 1986).
Ref	**Característica Definidora 4**
	Expressa desejo ou condição de aumentar ou manter a resiliência **Definição**: Capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (LIMA et al., 2019b)
Ref	**Característica Definidora 5**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a dinâmica familiar **Definição:** Possuir relação e interação familiar disponível, que seja capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida" (AL UBAIDI, 2017; SILVA, et al., 2014).
Ref	**Característica Definidora 6**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a espiritualidade **Definição**: Busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (CATRE et al., 2016; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (continuação)

Ref	Característica Definidora 7
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a independência para o autocuidado **Definição:** Capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (OREM, 2001).
Ref	**Característica Definidora 8**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a capacidade cognitiva **Definição:** Capacidade mental (memória, percepção, linguagem, raciocínio, planejamento, monitoramento, atenção e habilidade de realizar movimentos complexos) de compreender e resolver os problemas habituais da vida (MORAES; MARIANO; SANTOS, 2010).
Ref	**Característica Definidora 9**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o controle de doenças **Definição:** Regulação e integração à vida diária para prevenção de fatores de risco ou de doença e suas sequelas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).
Ref	**Característica Definidora 10**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o bem-estar psicológico **Definição:** Envolve auto aceitação, administrando das situações de vida, autonomia, relacionamentos positivos, crescimento pessoal e propósitos de vida (RYFF, 2014).
Ref	**Característica Definidora 11**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter o engajamento social **Definição:** Manutenção de redes sociais e participação em atividades sociais (GUEDES et al., 2017; LIMA et al., 2018; PINTO; NERI, 2017).
Ref	**Característica Definidora 12**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a qualidade de vida **Definição:** "Percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1.405).
Ref	**Característica Definidora 13**
	Expressa o desejo ou condição de melhorar ou manter a autonomia **Definição:** "*Capacidade percebida de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se vive diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências*" (WHO, 2004, p.10)

Fatores relacionados (diagnóstico com foco no problema) / Fatores de risco (diagnósticos de risco)

Ref	Fator relacionado 1
	Não se aplica por ser um diagnóstico de promoção de saúde

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

Ref	Associated condição 1
	Não se aplica

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (continuação)

População em Risco

Ref	População em risco 1
	Não se aplica

Resultados de Enfermagem (NOC)

0113-Envelhecimento físico (Mudanças fisiológicas normais que ocorrem durante o processo natural de envelhecimento)
0300-Autocuidado: Atividades da vida diária (AVD) (Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoal mais básicas de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar)
0306-Autocuidado: Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (Ações pessoais para realizar as atividades necessárias para atuar em casa ou na comunidade de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar
0313-Estado de autocuidados (capacidade de desempenhar atividades de cuidado pessoal básicas e atividades instrumentais da vida diária)
0900-Cognição (Capacidade de executar complexos processos mentais)
0908-Memória (Capacidade de recuperar e relatar, cognitivamente, informações armazenadas anteriormente.)
1309-Resiliência pessoal (Adaptação e funcionamento positivo de um indivíduo após crise adversa significativa)
1503-Envolvimento social (Interações sociais com pessoas, grupos ou organizações)
1602-Comportamento de Promoção de Saúde (Ações pessoais para manter ou aumentar o bem-estar)
1603-Comportamento de Busca de Saúde (Ações pessoais para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes)
1606-Participação nas decisões sobre cuidados de saúde (Envolvimento pessoal na escolha e na avaliação das opções de cuidados de saúde para alcançar o resultado desejado).
1614-Autonomia pessoal (Ações pessoais de um indivíduo competente para o exercício do governo nas decisões de vida)
1621-Comportamento de adesão: Dieta Saudável (Ações auto iniciadas para monitorar e otimizar um regime alimentar nutricional equilibrado)
1823-Conhecimento: Promoção da Saúde (Extensão da compreensão sobre a informação necessária para obter e manter uma saúde ideal)
2000-Qualidade de vida (Extensão da percepção positiva das atuais circunstâncias da vida)
2001-Saúde Espiritual (Conexão consigo mesmo, com outras pessoas, com um poder superior, com toda a vida, a natureza e o universo que transcende e fortalece o eu)
2601-Bem-estar familiar (Capacidade de uma família de fornecer um ambiente de apoio, caracterizado por relações e objetivos do membro da família).
3009-Satisfação do cliente: cuidado psicológico (alcance da percepção positiva da assistência de enfermagem para enfrentar as questões emocionais e desempenhar as atividades mentais

Figura 12 - Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (conclusão)

Intervenções de Enfermagem (NIC)

0200-Promoção do Exercício – (Facilitação da atividade física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde)
1800-Assistência no autocuidado (Auxiliar o outro na realização de atividades da vida diária)
1805-Assistência no autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária (Assistência e orientação a pessoa para que realize as atividades essenciais da vida diária necessárias ao funcionamento em casa ou na comunidade)
4362-Modificação do Comportamento: Habilidades Sociais (Auxílio ao paciente para desenvolver ou melhorar as habilidades sociais interpessoais)
4760-Treinamento da memória (Facilitação da memória)
5100-Melhora da Socialização (Facilitação da capacidade de uma pessoa de interagir com os outros) 5246 – Aconselhamento nutricional (Uso de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta)
5250-Apoio à tomada de decisão (Fornecimento de informações e apoio a um paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde)
5326-Melhora das habilidades de vida (desenvolvimento da capacidade de um indivíduo para lidar independente e efetivamente com as exigências e desafios da vida cotidiana)
5390- Melhora da autopercepção (assistência a paciente para investigar e entender os próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos)
5420-Apoio Espiritual (Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior)
5440-Melhora do Sistema de Apoio (Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade)
5510-Educação em saúde (Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento propício à saúde em indivíduos, famílias, grupos e comunidades)
6520-Avaliação de saúde (detecção de riscos à saúde ou problemas por meio de histórico, exames e outros procedimentos)
7100-Promoção da integridade familiar (Promoção da coesão e da união familiar)
7140-Familiar (Promoção de valores, interesses e metas familiares)
8340-Promoção da Resiliência (Assistência a indivíduos, famílias e comunidades para o desenvolvimento, uso e fortalecimento de fatores protetores a serem utilizados para lidar com estressores ambientais e sociais)
8820-Controle de doenças transmissíveis (trabalho com a comunidade para reduzir e controlar a incidência e prevalência de doenças contagiosas em uma população específica)

COMENTÁRIOS

Estudo fruto de tese de doutorado intitulada como "Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável" sob orientação da Profª Drª Célia Pereira Caldas (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ). Contamos com os examinadores e colaboradores do estudo: Prof.ª Dra. Priscilla Alfradique de Souza (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO), Prof.ª Dra. Rosimere Ferreira Santana (Universidade Federal Fluminense – UFF) e Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão (Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ).

Nota: Formulário de protocolo de submissão da NANDA-I (2018-2020).
Fonte: A autora, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elaborar um DE voltado a promoção do envelhecimento saudável, compreensível com a proposta de manutenção ou desenvolvimento da capacidade funcional, conforme preconizado no relatório de envelhecimento e saúde da OMS.

A análise conceitual foi subsidiada pela primeira etapa metodológica desta tese que foi a RI. A partir da RI foi possível identificar o uso do conceito de envelhecimento saudável na perspectiva de 36 artigos, sendo viável a identificação de sete atributos (ausência de comprometimento físico, ausência de comprometimento cognitivo, ausência de doença, bem-estar psicológico, engajamento social, boa autopercepção de saúde e ausência de dor limitante de função), sete antecedentes (capacidade para realizar as atividades de vida diária, estilo de vida saudável, bom nível educacional, resiliência, apoio familiar, apoio espiritual e autocuidado) e três consequentes (qualidade de vida, independência e autonomia).

Uma limitação do estudo foi na etapa de RI para encontrar artigos que conceituassem o termo "envelhecimento saudável". Pois, muitos autores utilizaram os termos "envelhecimento ativo" e "envelhecimento bem-sucedido", como sinônimo de "envelhecimento saudável". Foram excluir os artigos que não retratassem o termo exato "envelhecimento saudável", mas podem ter sido deixados de fora alguns artigos relevantes, que foi minimizado por uma ampla busca da literatura.

Na etapa metodológica de análise conceitual foi identificado que "envelhecimento saudável" é um conceito multidimensional em seus atributos, antecedentes e consequências, sendo uma condição de saúde que pode ser alcançada com ações voltadas a promoção da saúde. A análise conceitual apoiou o desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem que poderá ser representativo da resposta humana de disposição para o bem-estar, compatível com a promoção do envelhecimento saudável.

Supõe-se que o diagnóstico poderá auxiliar o enfermeiro na compreensão do fenômeno de "envelhecimento saudável", e consequentemente no planejamento e implementação de ações voltadas a promoção da saúde da população idosa.

A análise conceitual fundamentou a elaboração da proposta inicial do diagnóstico, que estruturou o instrumento da etapa metodológica de validação de conteúdo por especialistas.

Na etapa de validação de conteúdo por especialistas os peritos foram criteriosos na avaliação, pontuando cada elemento do diagnóstico. Observou-se o engajamento dos

enfermeiros brasileiros nas temáticas relacionadas à DE e gerontologia. Este fato foi enriquecedor para o estudo, concretizando a elaboração do DE “Disposição para envelhecimento saudável”.

Com as contribuições dos peritos foi possível finalizar a proposta de submissão do novo diagnóstico que será submetida posteriormente à taxonomia NANDA-I.

Caso o diagnóstico “Disposição para envelhecimento saudável” for aprovado para compor à taxonomia NANDA-I, este poderá ter uma abrangência internacional. Visto que esta taxonomia de enfermagem tem um alcance mundial, sendo traduzida para quase 20 idiomas diferentes.

O diagnóstico proposto poderá ser aplicado em todos os níveis de assistência e em todas as fases do desenvolvimento humano, em qualquer lugar do mundo. A promoção da saúde deve ser priorizada do pré-natal à gerontologia, da estratégia de saúde da família à terapia intensiva e à reabilitação.

O estabelecimento do DE “Disposição para envelhecimento saudável” poderá proporcionar aos enfermeiros a oportunidade de implementar intervenções que promovam a manutenção da capacidade funcional e cognitiva, o bem-estar psicológico e espiritual, e o engajamento social, visando um envelhecimento saudável com qualidade de vida. Assim como oportunizar ao enfermeiro a repensar estratégias de promoção da saúde voltadas a população que está envelhecendo, assumindo um compromisso com a população quanto a promoção do envelhecimento saudável, conforme preconizado pela OMS.

Como desdobramento deste estudo é importante ressaltar a necessidade de outros estudos como de validação clínica para solidificar os elementos do diagnóstico proposto.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F. C. Methods of identifying covert aspects of nursing problems. **Nurs. Res**., New York, v. 6, n. 1, p. 44, June 1957. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13441189>. Acesso em: 16 jul. 2018.

ADAM, S. et al. Optimization of encoding specificity for the diagnosis of early AD: the RI-48 task. **J. Clin. Exp. Neuropsychol**, v.29, n. 5, p. 477-478, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13803390600775339>. Acesso em: 1 jul. 2019.

Al UBAIDI, B.A. Cost of Growing up in Dysfunctional Family Fam. **J. Med. Dis. Prev**., v.3, n.3, p.1-6, 2017. Disponível em: <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-3-059.php?jid=jfmdp>. Acesso em: 28 jul. 2019.

ALBERTE, J.S.; RUSCALLEDA, R.M.; GUARIENTO, M.E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Rev Soc Bras Clin Med**., v. 13, n. 1, p. 32-39, jan./mar. 2015. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

ALMEIDA, A.V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>. Acesso em: 1 mar. 2019.

ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 1. ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr**., São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, jun. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. Acesso em: 1 abr. 2020.

ALVAREZ, Â. M.; SANDRI, J. V. A. Envelhecimento da população e o comprometimento da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 71, supl. 2, p. 722-723, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup201>. Acesso em: 5 jul. 2019.

ANDRADE, F. L. J. P. et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 20(2), 186-196. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020>. Acesso em: 1 mar. 2020.

APOSTOLO, J. L. A. et al. Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. **Rev. Enf. Ref**., Coimbra, v. serIV, n. 16, p. 29-40, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17062>. Acesso em: 6 abr. 2020.

ARAÚJO, G. K. N. et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Rev. Enferm. UFPE on line**., Recife, v.11, n.10, p.3778-86, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22627/24290>. DOI: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201711. Acesso em: 6 abr. 2020.

ARAUJO, G. K. N. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta paul**. enferm., São Paulo, v. 32, n. 3, p. 312-318, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900043>. Acesso em: 6 abr. 2020.

ARAÚJO, L. F.; SILVA, R.J.S. Resiliência e velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes classes sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 141-152, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/32437/pdf>. Acesso em: 1 mar. 2019.

ASSMANN, K. E. et al. A Healthy Dietary Pattern at Midlife, combined with a Regulated Energy Intake, Is Related to Increased Odds for Healthy Aging. **J Nutr**., v. 145, n. 9, p.2139-45, sep. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26246320>. Doi: 10.3945/jn.115.210740>. Acesso em: 21 maio 2019.

ASSMANN, K. E. et al. Association Between Adherence to the Mediterranean Diet at Midlife and Healthy Aging in a Cohort of French Adults**. J. Gerontol A. Biol Sci Med Sci**., v. 73, n. 3, p. 347-354, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28460137. Doi: 10.1093/gerona/glx066>. Acesso em: 21 maio 2019.

ASSMANN, K. E. et al. Supplementation with Antioxidant Nutrients: A Post Hoc Analysis of the French Randomized Trial SU.VI.MAX. **American Journal of Epidemiology**, v. 182, n. 8, p. 694-704, oct. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/182/8/694/207014>. https://doi.org/10.1093/aje/kwv105. Acesso em: 21 maio 2019.

ASSMANN, K. E. et al. The Inflammatory Potential of the Diet at Midlife Is Associated with Later Healthy Aging in French Adults. **J Nutr**., v.148, n. 3, p. 437-444, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29546305>. Doi: 10.1093/jn/nxx061. Acesso em: 21 maio 2019.

ATALLAH, N. et al. How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Relate to Healthy **Aging. Nutrients**, v. 10, n. 7, p. 854, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6073192/>. Doi: 10.3390/nu10070854. Acesso em: 21 maio 2019.

BABOR T. F. et al. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. [internet] 2. ed. Genebra: **World Health Organization**; 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

BACSU, J. et al. Healthy Aging in Place: Perceptions of Rural Older Adults. **Educational Gerontology**, v. 40, n. 5, p. 327-337, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.802191>. Acesso em: 21 maio 2019.

BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BARBOSA, V.M.S.; SILVA, J. V. S. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev Enferm Atenção Saúde** [online], v. 7, n. 1, p. 260-271, jan./jul. 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2517>. DOI: 10.18554/reas.v7i1.2517. Acesso em: 26 mar. 2020.

BARROS, A.L.B.L. et al. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. 1 ed. São Paulo: **COREN-SP**, 2015. 113 p. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em 1 nov. 2019.

BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.2, p.63-5. 2010. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17/18>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BASSLER, T. C. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos. **Rev. Enferm. UFPE on line**., Recife, v. 11, n.1, n. 10-7, jan., 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30266>. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201702. Acesso em: 26 mar. 2020.

BATISTA, M. J. et al. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2847-2857, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018. Acesso em: 12 jul. 2020.

BATISTA, N.C.; CRISPIM, N.F. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v.15, n.5, p.169-189, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/10254/11436>. Acesso em: 2 jun. 2019.

BEARD, J. R. et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v.21, n. 387(10033), p. 2145–54, may, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4pmid: 26520231>. Acesso em: 21 maio 2019.

BIASOLI, T. R.; MORETTO, M.C.; GUARIENTO, M.E. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. **Rev. Ciênc. Méd**., Campinas, v. 25, n., p.1-10, jan./abr., 2016. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2952/2372>. Acesso em 2 jun. 2019.

BORGES, A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BOSCH-FARRÉ, C. et al. Prevalence and related factors of Active and Healthy Ageing in Europe according to two models: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **PLoS One**, v. 13, n. 10, p. e0206353, oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30372472>. Acesso em: 21 maio 2019.

BRANDAO, M. A. G. et al. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 72, n. 2, p. 577-581, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BRASIL. Decreto no 58.047, de 15 de maio de 2012. Institui o Programa Estadual "São Paulo Amigo do Idoso", e o "Selo Amigo do Idoso", e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, de 16 de maio de 2012. Disponíveis em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/5fb5269ed17b47ab83256cfb00501469/6c3017b4b70ec30b83257a0000473ab0?OpenDocument>. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET): **demográficas e socioeconômicas**. 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: **Secretaria Especial dos Direitos Humanos**, 2004.

BRASIL. Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politica federal-dec1948.htm>. Acesso em: 17out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília; Ministério da Saúde; maio 2014. 41 p. Folheto ilus.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília** (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para uso no miniexame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 6 abr. 2020.

BULECHEK, G.M. et. al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** [Tradução RODRIGUES, D. C.] 6 ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

CABRAL, J. R. et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Rev. Enf**., v. 1, n. 2, p. 71-75, jul./dez., 2015. Disponível em: <http://www.redcps.com.br/detalhes/13>. DOI: 10.5935/2446-5682.20150011. Acesso em: 6 abr. 2020.

CACHIONI, M. et al. Bem-estar subjetivo e psicológico entre idosos participantes de uma Universidade da Terceira Idade. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 340-351, mai. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160179> Acesso em: 31 mar. 2020.

CALDAS, C.P. et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **J Bras. Econ**. Saúde, v.7, n.1, p.62-69. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CAMPOS, A. C. V. et al. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2724, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CANHESTRO, A. S.; BASTO, M. L. Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem na Promoção do Envelhecimento Saudável: Uma Revisão Sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem**, v.20, n.2, p. 48-57, 2016. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc3_48_71.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NOBREGA, M. M. L. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 70, n. 2, p. 430-435, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>. Acesso em: 2 mar. 2020.

CARVALHO, E.C.; CRUZ, D.A.L.M.; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem.** v.66, n.e., p.134-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CARVALHO, E. C. Contribuição da classificação dos resultados de enfermagem na assistência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 1-2, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.771>. Acesso em: 6 mar. 2020.

CARVALHO, K. M. et al. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 31, n. 4, p. 446-454, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800062>. Acesso em: 6 mar. 2020.

CASAGRANDE, L.P. et al. Assistência de enfermagem na qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **Rev. Saúde. Com**., v.11, n.4, p. 408-417. 2015. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/297/329>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CASTRO, A. P. R. de et al. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 155-163, Apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>. Acesso em: 23 jun. 2019.

CASTRO, V.C. L.et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. **Rev. Rene**, v.14, n.4, p.791-800. 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1269/pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CATRE, M. N. C. et al. Espiritualidade: Contributos para uma clarificação dos conceitos. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 31-46, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.877>. Acesso em: 16 jun. 2019.

CATRÉ, M.N.C. et al. O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 32, n. 4, p. 401-417, dez. 2014. Disponível em < http://dx.doi.org/1014417/ap.32.3.872>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CAVALCANTE, L. S.; COUTINHO, P. T. Q.; BURGOS, M. G. P. A. Aplicabilidade da MAN – Mini Avaliação Nutricional em Idosos diabéticos. **Nutr. clín. diet. hosp**., v. 37, n. 1, p. 67-74, 2017. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/liliansouza.pdf DOI: 10.12873/371liliansouza>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CAVALCANTE, M. D. M. A. et al. Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev. esc. enferm**. **USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 610-616, aug. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500010>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CESTARI, V.R.F; et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n. 6, p. 1129-37. 2016. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0312>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CHAVES, L.J.; GIL, C.A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014>. Acesso em: 26 jun. 2019.

CHERRY, K.E. et al. Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). **Kinesiol Rev (Champaign)**, v. 5, n. 1, p. 50-56, fev. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27034910>. Acesso em: 21 maio 2019.

CICONELLI, R. M, Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bra. Reumatol**., v. 39, n. 3, p. 143-50, mai./jun., 1999.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)".** 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, mai. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0013201>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Lei n 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jun. 1986. Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem**. Brasília, DF, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução n. 272/2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Brasília, DF, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução CNS n. º 510, de 07 de abril de 2016. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio 2016, n.98, seção 1, p. 44-46.

CRAMM, J. M.; TWISK, J.; NIEBOER, A. P. Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 28, p. 1-5. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-28>. Acesso em: 21 maio 2019.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor cientifico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 8-9, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

DANTAS, A. M. N.; SILVA, Q. L.; NOBREGA, M. M. L. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 71, n. 1, p. 80-88. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0647>. Acesso em: 26 mar. 2018.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. **Revista de Ciências Humanas**, v. 18, n. 2, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/download/8923/pdf_1/>. Acesso em: 26 mar. 2019.

DASKALOPOULOU, C. et al. Associations of Lifestyle Behaviour and Healthy Ageing in Five Latin American and the Caribbean Countries-A 10/66 Population-Based Cohort Study. **Nutrients**, v. 10, n. 11, p. E1593, oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30380734>. Doi: 10.3390/nu10111593. Acesso em: 21 jun. 2019.

DEON, R. G.; GOLDIM, J. R. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Estud. interdiscipl. envelhec**., Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 123-133, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/54047/40716>. Acesso em: 23 mar. 2020.

DIAS, E.G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública**, [online]., v. 31, n. 8, p. 1623-1635. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125014>. Acesso em: 26 mar. 2019.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. **Psic., Saúde & Doenças,** Lisboa, v. 19, n. 3, p. 591-604, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>. Acesso em: 3 abr. 2020.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Propriedades Psicométricas da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro: Estudo com pessoas idosas residentes na comunidade. **Revista**

Kairós - Gerontologia, v. 20, n. 4, p. 91-110, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p91-110>. Acesso em: 3 abr. 2020.

DIAS, F. A.; GAMA, Z. A.S.; TAVARES, D. M. S. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enferm**., n. 22, v. 3, p. e53224, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.53224>. Acesso em: 3 abr. 2020.

DIAS, K. C.C.C.O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.8, n.5, p.1337-468, mai. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9818/9999>. DOI: 10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.080520143. Acesso em 26 mar. 2019.

DOMICIANO, B. R. et al. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Neurocienc**, v. 22, n. 3, p. 330-336. 2014. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/971original.pdf>. Doi: 10.4181/RNC.2014.22.03.971.7p. Acesso em: 26 mar. 2019.

DUARTE, Y. A. O.; DOMINGUES, M. A. R. Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do "Family Apgar"", p. 75 -182. In: **Família, Rede de Suporte Social e Idosos: Instrumentos de Avaliação**. São Paulo: Blucher, 2020. E-book.

DULLIUS, A. A. S. et al. Consumo/dependência de álcool e resiliência na pessoa idosa com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3024, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2466.3024>. Acesso em: 26 mar. 2020.

FARHUD, D.D. Impact of Lifestyle on Health. **Iran J Public Health**., v. 44, n. 11, p. 1442–1444, nov. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26744700>. Acesso em: 3 jul. 2019.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CAROLL-JOHNSON, R. M., PAQUETTE, M. (eds) **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, 1994, p. 55-62.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart and Lung**, Saint Louis, v.16, n.6, p. 625-629, nov. 1987. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pd> Acesso em: 3 jul. 2019.

FERDOWS, N. B.; JENSEN, G. A.; TARRAF, W. Healthy Aging After Age 65: A Life-Span Health Production Function Approach. **Res Aging**, v. 40, n. 5, p. 480-507, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0164027517713312>. Acesso em: 21 maio 2019.

FERREIRA, M. C. G. et al. Representações sociais de idosos em relação à qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 70, n. 4, p. 806-813, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097>. Acesso em: 20 fev. 2019.

FERRELL, B. A.; STEIN, W. M.; BECK, J. C. The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. **J. Am. Geriatr. Soc**., v. 48, n. 12, p. 1669-73, 2000.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129760>. DOI: 10.1111 / j.1532-5415.2000.tb03881.x. Acesso em: 21 maio 2020.

FERRETTI, F. et al. Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-7, mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FERRETTI, F. et al. Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. **BrJP**, v. 1, n. 2, p. 111-115, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FLECK, M. P; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, outubro de 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>. Acesso em: 5 abr. 2020.

FLORES, T. R. et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201720112, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100012>. Acesso em: 5 abr. 2020.

FLORES, T. R. et al. Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde? **Rev. bras. epidemiol**., São Paulo, v. 19, n. 1, p. 167-180, Mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010015>. Acesso em: 5 abr. 2020.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S.E.; McHUGH, P.R. “Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr Res**., v. 12, n. 3, p. 189-98, nov.1975. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6>. Acesso em: 3 jul. 2019.

FONG, J. H. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 323, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1348-z>. Acesso em: 21 maio 2019.

FULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., v. 61, n. 6, p. 883-7. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

FURUYA, R. K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-175, mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100022>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GAMBARO, R. C. et al. Avaliação de dor no idoso: proposta de adaptação do "Geriatric Pain Measure" para a língua portuguesa. **Rev. Bras. Med**., v. 66, n. 1, p. 62-5, 2009. Disponível em: <http://drakarolthe.com/wp-content/uploads/2013/08/Avaliacao-de-dor-no-idoso.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GARCIA, T.R. NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**., v.13, n.1, p.188-193. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>. Acesso em: 20 out. 2018.
GARCIA, T. R. (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2017**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOMES, A. P.; SOARES, A. L. G.; GONÇALVES, H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3417-3428, nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.17502015>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GONCALVES, M. C. S.; BRANDAO, M. A. G.; DURAN, E. C. M. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 29, n. 1, p. 115-124, fev. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600016>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. Physis **Revista de Saúde Coletiva**, n. 27, v. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>. Acesso em: 5 fev. 2020.

GUIGOZ, Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature - What does it tell us? **J. Nutr. Health Aging**, v. 10, n. 6, p. 466-487, 2006.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol**., São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-701, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>. Acesso em: 1 abr. 2020.

HAESER, M. L.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200011>. Acesso em: 1 abr. 2019.

HAMER, M.; LAVOIE, K. L.; BACON, S. L. Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. **Br J Sports Med**., v. 48, n. 3, p.239-43, feb. 201. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24276781>. Doi: 10.1136/bjsports-2013-092993. Acesso em: 3 maio 2019.

HAN, K. H. et al. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. **Health Qual Life Outcomes**, v. 13, n. 31, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367838/>. Acesso em: 3 maio 2019.

HANK, K. How "Successful" Do Older Europeans Age? Findings From SHARE. J. **Gerontol Soc Sci**., v. 66B, n. 2, p. 230–6, 2011. Disponível em: <https://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/early/2010/12/06/geronb.gbq089.full>. Acesso em: 3 maio 2019.

HASSANI, P. et al. A phenomenological study on resilience of the elderly suffering from chronic disease: a qualitative study. **Psychol Res Behav Manag**., v. 7, n.10, p. 59-67. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28223851>. Doi:10.2147/PRBM.S121336. Acesso em: 3 jul. 2019.

HENDERSON, V. The concept of nursing. **J. Adv. Nurs**., v. 53, n. 1, p. 21-34. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x>. Acesso em: 2 jul. 2019.
HERDMAN, S.T.H.; KAMITSURU, S. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020**. Eleventh Edition, 2018.

HORTA, W.A. A metodologia do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 81-95, out./dez., 1971.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Epu/Edusp, 1979.

IMAGINÁRIO, C. et al. Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 37-43, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0190>. Acesso em: 20 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015/ IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 18104:2014. **Health informatics - Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems [Internet].** Geneva: ISO; 2014 Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=5 9431>. Acesso em: 25 mar. 2020.

JAMES, P. et al. Optimism and Healthy Aging in Women and Men. **Am J Epidemiol**., v. 188, n. 6, p.1084-109, jun. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30834429.>. Doi: 10.1093/aje/kwz056. Acesso em: 3 maio 2019.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>. Acesso em: 25 mar. 2019.

JASPERS, L. et al. Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences. **Am Med Dir Assoc**., v. 18, n. 3, p. 276.e1-276.e7, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28109688. Acesso em: 3 maio 2019.

JENKINSON, C.; LAYTE, R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). **J. Health Serv. Res. Policy**, v. 2, n. 1, p. 14-8, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10180648>. DOI: 10.1177 / 135581969700200105. Acesso em: 3 maio 2019.

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3367-3375, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>. Acesso em: 3 maio 2019

KAISER, M. J. et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. **J Nutr Health Aging**, v. 13, p. 782-788, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7>. Acesso em: 3 maio 2019.

KATZ S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological an psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9. 1963. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14044222>. Acesso em: 3 jul. 2019.

KEMPPAINEN, V.; TOSSAVAINEN, K.; TURUNEN, H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. **Health Promotion International**, v. 28, n. 4, p. 490–501, dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/das034>. Acesso em: 4 jul. 2019.

LANGE, C. et al. Promover a autonomia dos idosos rurais no envelhecimento ativo. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 71, n. 5, p. 2411-2417, out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0570>. Acesso em: 23 jun. 2019.

LARIJANI, T.T; SAATCHI, B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. **Nurs Open**., v. 6, n. 2, p. 612-619, mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30918711>. Acesso em: 30 jun. 2019.

LATHAM-MINTUS, K.; VOWELS, A.; HUSKINS, K. Healthy Aging Among Older Black and White Men: What Is the Role of Mastery? **J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 73, n. 2. p. 248-257, Jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28977575>. Doi: 10.1093/geronb/gbx105. Acesso em: 30 maio 2019.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologis**t., v. 9, n. 3, p. 179–85.1969. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179>. Acesso em: 25 jun. 2019.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001152013>. Acesso em: 23 jun. 2019.

LEÃO, L.R.B. et al. Capacidade funcional e resiliência em idosos hospitalizados. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 12, n. 6, p.1500-6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231559p1500-1506-2018.>. Acesso em: 21 jun. 2019.

LI, S. et al. Social integration and healthy aging among U.S. women. **Prev Med Rep**., v. 9, p. 44-148, jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29527467>. Doi: 0.1016/j.pmedr.2018.01.013. Acesso em: 25 maio 2019.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-89, 2005. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>. Doi: 10.1093/alcalc/agh202. Acesso em: 3 maio 2020.

LIMA, J. P. et al. Letramento funcional em saúde e fatores associados em pessoas idosas. **Cogitare enferm**., v. 24, p. e63964, 2019a. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.63964. Acesso em: 3 jun. 2020.

LIMA, L. et al. Adaptação e validação da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo em idosos portugueses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3096, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2647.3096>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LIMA, G.S. et al. Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, n. e3212, 2019b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212&gt>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LIU, L. F.; SU, P. F. What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. **Geriatr Gerontol Int**., v. 17, n. 5, p. 697-707, may. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27240705>. Doi: 10.1111 / ggi.12774. Acesso em: 25 maio 2019.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. **Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos**. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, Carvalho EC, organizadores. PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2013a. p.85-129. Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, Oct. 2013b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>. Acesso em: 4 jul. 2019.

LUCENA, A.F.; ALMEIDA, M.A. **A utilização das Taxonomias NANDA-NIC-NOC na prática clínica**. In: SOUZA, E.N., organizadora. Casos clínicos para a enfermagem. Porto Alegre: Moriá; 2010.

MA, W. et al. Adult height, dietary patterns, and healthy aging. **Am J Clin Nutr**., v. 106, n. 2, p. 589-596, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28592610>. Doi:10.3945 / ajcn.116.147256. Acesso em: 4 maio 2019.

MACEDO, T. L. et al. Análise dos aspectos cognitivos do idoso considerando a prática de exercícios físicos regulares e fatores associados. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e180120, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180120>. Acesso em: 5 jan. 2020.

MACLEOD, S.; MUSICH, S.; HAWKINS, K. et al. The impact of resilience among older adults. **Geriatric nursing**, v.37, n.4, p. 266-272, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MALTA, D.C; REIS, A.A.C; NETO, O.L.M; et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde colet**., v. 23, n. 6, p.1799-1809, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Acesso em: 4 jul. 2019.

MANASATCHAKUN, P. et al. Community Nurses' Experiences Regarding the Meaning and Promotion of Healthy Aging in Northeastern Thailand. **J Holist Nurs**., v. 36, n. 1, p. 54-67, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29172914>. Doi: 10.1177/0898010116688126. Acesso em: 4 maio 2019.

MANASATCHAKUN, P. et al. Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand. **J Cruz Culto Gerontol**., v. 31, n. 4, p. 369-384, dez. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27432370>. Acesso em: 4 maio 2019.

MANASATCHAKUN, P.; ROXBERG, Å.; ASP, M. Conceptions of Healthy Aging Held by Relatives of Older Persons in Isan-Thai Culture: A Phenomenographic Study. **J Aging Res**., v. 14, p.3734645, jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29593905>. Acesso em: 4 maio 2019.

MANEERA, T. S.; ISARAMALAI, S.; JANTIYA, S. A. Guide to Promote Elderly Resilience: A Perspective from Thai Context. **Asian Journal of Humanities and Social Studies,** v.6, n. 6, p. 201-204, dec. 2018. Disponível em: <https://www.ajouronline.com/index.php/AJHSS/article/view/5655/2949>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MANINI, T. Development of Physical Disability in Older Adults. **Curr Aging Sci**., v. 4, n. 3, p. 184-91, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874609811104030184>. Acesso em: 4 jun. 2019

MANSUR, A.J. Diagnóstico. **Diagn. Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 74-6. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a74-76.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MARINHO, M.S.; REIS, L.A. Longevidade e espiritualidade: o envelhecer como uma dádiva de Deus**. Memorialidades**, n. 27, jan./jun. e n. 28, jul./dez. 2017, p. 119-137. Disponível em: <https://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/1748/1358>. Acesso em: 4 jul. 2019.

MARQUES, E.M.B.G.; VICARIO, C.S.S. Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 75-84, fev./mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314>. Acesso em: 15 jun. 2019.

MARTINS, N. I. M. et al. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos cinco anos em idosos brasileiros**. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2513-2530, July 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20862017>. Acesso em: 15 jun. 2019.

McEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MCLAUGHLIN, S. J.; JETTE, A. M.; CONNELL, C. M. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. J. Gerontol. A. **Biol. Sci Med Sci**., v. 67, n. 7, p. 783-9, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glr234>. Acesso em: 4 maio 2019.

MCLAUGHLIN, S.J. Healthy Aging in the Context of Educational Disadvantage: The Role of "Ordinary agic". **J Aging Health**, v. 29, n. 7, p. 1214-1234, out. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27444894>. Acesso em: 4 maio 2019.

MEDEIROS, F. A. L. et al. Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 9, n. supl. 2, p.985-93, fev., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10424/11214>.DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201526. Acesso em: 4 jan. 2020.

MELLO, A. C. et al. Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00188815, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311x00188815>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Miniexame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de expertx para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-31, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MENDOZA-NUNEZ, V. M. et al. Influence of the Self-Perception of Old Age on the Effect of a Healthy Aging Program., **J Clin Med**., v. 7, n. 5, p. 106, may. 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fjcm7050106>. Acesso em: 23 maio 2019.

MESQUITA, J. S.; CAVALCANTE, M. L. R.; SIQUEIRA, C. A. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira? **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.1, p. 227-238, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/30357/20993>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MICHEL, J.P.; SADANA, R. Healthy ageing concepts and measures. **JAMDA**, v.18, n. 6, p. 460–464, 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.008.>. Acesso em: 23 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4, jan. 2019. Disponível em < http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>. Acesso em: 4 jul. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Envelhecimento da população no Brasil: desafios e consequências sociais atuais e futuros. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 5 jul. 2019.

MONDENEZE, D. M. et al. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos.: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. **Estud. interdiscipl**. **envelhec**., Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 387-399, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/35868/27664>. Acesso em: 4 jun. 2019.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** [Tradução FERNANDEZ, A.] 5. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016. E-book.

MORAES, E. N.; MARIANO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med**., v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>. Acesso em: 24 jun. 2019

MOTTA, T. S.; GAMBARO, R. C.; SANTOS, F. C. Mensuração da dor em idosos: avaliação das propriedades psicométricas da versão em português do Geriatric Pain Measure. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 136-141, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150026>. Acesso em: 4 jun. 2019.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 766-771, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300032.>. Acesso em: 22 jun. 2019.

NICOLATO, F. V.; COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 2, p. 2199-2211, mai./ago., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1016. DOI: 10.19175/recom.v6i2.1016>. Acesso em: 25 jun. 2019.

NOGUEIRA, M. F. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 9, n. Supl. 6, p. 8688-97, jul., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10646/11661>. DOI: 10.5205/reuol.7061-61015-5-SM0906supl201509. Acesso em: 25 jun. 2019.

NOGUEIRA, L. C. F. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ao idoso diabético: estudo de caso. **Online braz j nurs** [internet], v. 15, n. 2, p. 302-312, jun. 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4964>. Acesso em: 4 jun. 2019.

NORONHA, B. P.et al. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24,

n. 11, p. 4171-4180, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>. Acesso em: 4 jun. 2019.

NOVO, R.; DUARTE-SILVA, M.; PERALTA. E. **Escalas de BEP: Versão reduzida**. Manuscrito não publicado. Lisboa: FPCE-UL, 2004.

NUNES, B. P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção primária à saúde e plano de saúde privado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 43, 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006646>. Acesso em: 14 abr. 2020.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, jun. 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. G. et al. Grupos de convivência como suporte na prevenção da depressão em idosos. **Rev. Enferm. Contemp**., v. 8, n. 1, p.17-24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.1637>. Acesso em: 26 mar. 2019.

OLIVEIRA, A. M; DURAN, E. C. M. Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**., Recife, v. 9, n. supl. 8, p.9385-92, set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10744/1185>. Acesso em: 4 jun. 2019.

OLIVEIRA, R.M.DE; ALVES, V.P. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p.305-327, set. 2014. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23208/16770>. Acesso em: 4 jun. 2019.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of practice**. 6 ed. St. Louis, MO: Mosby. 2001.

ORLANDO, I. J. **O Relacionamento dinâmico, enfermeiro/ paciente**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1978.

PAIXÃO, R.; OLIVEIRA, A. Escala instrumental e expressiva de suporte social. **Psychologica**, n. 16, p. 83-89, 1996.

PANZINI, R. G et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, fev. 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>. Acesso em: 3 abr. 2020.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS EV, PY L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PARANHOS, D.G.A.M.; ALBURQUERQUE, A. Autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde. **R. Dir. sanit**., São Paulo v.19 n.1, p. 32-49, mar./jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49>. Acesso em: 4 jun. 2019.

PEREZ, C.F.A; TOURINHO, F.S.V.; CARVALHO JÚNIOR, P.M. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: Revisão integrativa. **Texto contexto - enferm**., Florianópolis, v. 25, n. 4, e0300015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000300015>. Acesso em: 4 jun. 2019.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, mar./abr., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2020.

PFRIMER, K. et al. Avaliação e acompanhamento nutricional em idosos de uma instituição de longa permanência. **ALAN,** Caracas, v. 65, n. 2, p. 104-109, jun. 2015. Disponível em: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000200005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2020.

PINTO, J.M; NERI, A. L. Trajetórias de participação social na terceira idade: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 259-272, abril de 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077 >. Acesso em: 25 mar. 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avalição de evidências para a prática de enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

POWER, M.; QUINN, K; SCHMIDT, S. WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Qual Life Res**., v. 14, n. 10, p. 2197-214, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>. Acesso em: 4 jul. 2019.

RANTANEN, K. K. et al. Clinical and laboratory characteristics of active and healthy aging (AHA) in octogenarian men. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 27, n. 5, p. 581-587, oct. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25725634/>. Acesso em: 4 maio 2019.

RAO, D. P. Obesity and healthy aging: social, functional and mental well-being among older Canadians. **Health Promot Chronic Dis Prev Can**., v. 38, n.12, p. 437-444, Dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.12.01>. Acesso em: 4 maio 2019.

REIS, L.A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicol. teor. prat**., São Paulo, v. 17, n. 3, p. 28-41, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

REMBOLD, S. M. et al. Nursing Diagnosis Risk for Delayed Surgical Recovery (00246): Concept Clarification and Definition of Empirical Referents. **International Int J. Nurs Knowl**., v. 29, n.4, p. 263-268, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12176>. Acesso em: 16 jun. 2019.

RODRIGUEZ-LASO, A. et al. Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study. **Gerontologist**, v. 58, n. 2, p.388-398, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw266>. Acesso em: 16 maio 2019.

ROMERO, S. S.; SCORTEGAGNA, H. M.; DORING, M. Nível de letramento funcional em saúde e comportamento em saúde de idosos. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 4, e5230017, 2018. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0104-07072018005230017.>. Acesso em: 16 jun. 2020.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful aging. **Gerontologist,** v. 37, n. 4, p. 433-40, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>. Acesso em: 16 maio 2019.

ROWE, J. W.; KAHN, R. Human aging: usual and successful. **Science**, v.48, n.237, p.143-147, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299702>. Doi: 10.1126 / science.3299702. Acesso em: 4 jul. 2019.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). **J. Geront**., v. 56, n. 6, p. 366-377, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366>. Acesso em: 1 jul. 2019.

RUHUNUHEWA, I. et al. Prospective association between body mass index at midlife and healthy aging among French adults. **Obesity (Silver Spring)**, v. 25, n. 7, p.1254-1262, jul. 2017. Disponível em: < https://doi.org/10.1002/oby.21853>. Acesso em: 16 maio 2019.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. **J Pers Soc Psychol**., v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>. Acesso em: 10 maio 2019.

RYFF, C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. **Psychother Psychosom**, v. 83, n. 1, p. 10-28, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000353263>. Acesso em: 2 maio 2019.

SADANA R, et al. Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what can be done to improve health equity. **Gerontologist,** v. 56, n. 2, p. S178–S193. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994259>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SALMOND, S.W.; ECHEVARRIA, M. Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. **Orthop Nurs. Orthopedic nursing**, v. 6, n. 1, p. 12–25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SAMIERI, C. et al. Dietary flavonoid intake at midlife and healthy aging in women. **Am J Clin Nutr**., v. 100, n. 6, p. 1489–1497, dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.085605>. Acesso em: 16 maio 2019.

SANTANA, R. F. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de recuperação cirúrgica retardada: validação de conteúdo. **Rev. Eletr. Enf**., v. 20, p. 20-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49441>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, A. A. P. et al. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Revista espaço para a saúde**, v. 15, n. 2, p. 21-28, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2014v15n2p21>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS JÚNIOR, A. G. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos de um centro de convivência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, n. 9, p. e305, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3053>. Acesso em: 9 jun. 2019.

SANTOS JÚNIOR, E. B.et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. J**. res.: fundam. care. Online**, v. 6, n. 2, p. 516-524, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3301/pdf_1234>. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p516. Acesso em: 9 jun. 2019.

SANTOS, R. R. et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 14-21, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400002>. Acesso em: 9 jun. 2019.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade familiar em idosos com deficiências cognitivas: percepção do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1141-1147, out. 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>. Acesso em: 4 jul. 2019.

SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F. Functional capacity of elderly people: implications for instrumental activities of daily. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, p. 606-615, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175- 6783.2017000500007>. Acesso em: 16 maio 2019.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de atividades instrumentais da vida Diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296. 2008. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/download/575/2239>. Acesso em: 4 jul. 2019.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J. Manag Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210/213>. Acesso em: 04 jul. 2019.

SEIBEL, B. L. et al. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. **Pensando fam**., Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 120-136, jul. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 16 jun. 2019.

SGARBIERI, V. C.; PACHECO, M. T. B. Envelhecimento humano saudável: fatores intrínsecos e ambientais. Braz. J**. Food Technol**., Campinas, v. 20, e2017007, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-6723.00717>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SHADYAB, A.H. et al. Parental longevity predicts healthy ageing among women. **Age Ageing**, v. 47, n. 6, p. 853-860, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy125>. Acesso em: 23 maio 2019.

SILVA D. M. et al. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 7, n. 9, p. 5550-6, set., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13673/16563>. DOI: 10.5205/r euol.3529-29105-1-SM.0709201324. Acesso em: 16 jun. 2019.

SILVA JÚNIOR, E. G. et al. A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p.7-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>. Acesso em: 4 jul. 2019.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45-51, Mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000149>. Acesso em: 4 jul. 2019.

SILVA, A.M. et al. Equilíbrio, autonomia e independência funcional de idosos ativos e sedentários: estudo preliminar. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. especial 19, (Temático: "Abordagem Multidisciplinar do Cuidado e Velhice"), p. 129-142, jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26632>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas.** Porto Alegre: Artemd, 2011.

SILVA, E.M.; SANTOS, A.A.; ROCHA, M.C.P. Classificações de enfermagem: análise da produção científica. **Rev. Ciênc. Méd**., Campinas, v. 23, n. 3, p.153-161, set./dez., 2014. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2826>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SILVA, M. R. et al. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. **BrJP,** São Paulo, v. 1, n. 4, p. 293-298, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180056>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SILVA, M. J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SILVEIRA, R.E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil. **Eeinstein**, v. 11, n. 4, p. 514-20, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/19.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. **J. Fam. Pract**., v. 6, n. 6, p. 1231-9, 1978. Disponível em: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/181199/family-apgar-proposal-family-function-test-and-its-use-physicians>. Acesso em: 23 maio 2019.

SOARES, S. M. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. R. **Enferm. Cent. O. Min**., v. 6, n. 3, p. 2362-2376, set./dez. 2016. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1184>. DOI: 10.19175/recom.v6i3.1184. Acesso em: 22 mar. 2019.

SOUZA FILHO, P. P.; MASSI, G. A. A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 589-600, set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13117>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, A. et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 68, n. 6, p. 1176-1185, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, É. N. et al. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto contexto enferm**., Florianópolis, v. 26, n. 3, e6780015, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, P.A; SANTANA, R.F. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. **Acta paul. enferm**., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 36-42, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100005>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, P.A; SANTANA, R.F.; CASSIANO, K.M. Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica. **Rev enferm. UFPE on line**., Recife, v. 9, n. supl. 7, p.078-85, ago., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10700/11770>. Acesso em: 20 jun. 2019.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil**. 2012, 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

STETLER, C.D. et al. Evidence-based practice and role of nursing leadership. **Journal Advanced Nursing,** Oxford, v.28, n.7-8,p.45-53, July/Aug. 1998.

TABRIZI, J.S.; BEHGHADAMI, M. A.; SAADATI, M. Self-care Ability of Older People Living in Urban Areas of Northwestern Iran. **J Public Health**, v. 47, n.12, p.1899-1905, dec. 2018. Disponível em: <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/15518/6232>. Acesso em: 16 jun. 2019.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto enferm.,** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, mar. 2012. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TAVARES, E. L. et al. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 643-650, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14249>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TAVARES, R. E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva do idoso: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 878-889, dez. 2017.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>. Acesso em: 21 jun. 2019.

TAVARES, R.E.; CAMACHO A.C.L.F.; MOTA, C.P. Ações de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm. UFPE on line**., Recife, v. 11, n. supl. 2, p. 1052-61, fev., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13476/16183>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TESTON, E. F.; SILVA, A.C.P.; MARCON, S.S. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. **REME – Rev Min Enferm**., v. 21, n. e-1032. 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1168>. Doi: 10.5935/1415-2762.20170042. Acesso em: 21 jun. 2019.

THIAMWONG, L.; PUNGCHOMPOO, W. Embedding Palliative Care into Healthy Aging: A Narrative Case Study from Thailand. **J Hosp Palliat Nurs**., v. 20, n. 4, p. 416-420, Aug. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000479>. Acesso em: 04 mai. 2019.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M.N.; LOPES, A.C.S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003936>. Acesso em: 21 jun. 2019.

TOPÁZIO, M; GOLFENSHTEIN, N.; BOWLES, K. H. The Omaha System: a systematic review of the recent literature**. J. Am. Med. Inform. Assoc**., v. 21, n. 1, p. 163-170, jan./fev., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001491>. Acesso em: 4 maio 2019.

TOSIN, M. H. S; MECONE, C. A. C.; OLIVEIRA, B. G. R. B. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 730-731, ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680422i>. Acesso em: 21 jun. 2019.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019 Highlights (ST/ESA/SER.A/423).** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

URTAMO A, et al. Midlife predictors of active and healthy aging among older businessmen. **Aging Clin Exp Res**., v. 31, n. 2, p.225-231, feb. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30584642>. Acesso em: 4 maio 2019.

VALCARENGHI, R. V. et al. Produção científica de enfermagem sobre promoção da saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 68, n. 4, p. 705-712, agosto de 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419i>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VELLAS, B. et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. **J. Nutr. Health Aging**, v. 10, p. 456-465, 2006. Disponível em:

<https://www.scienceopen.com/document?vid=6e9a7ea0-3e38-47fc-b1bc-4b5c067947af>. Acesso em: 04 mai. 2019.

VERA, I. et al. APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf**., v. 16, n. 1, p. 199-210, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VERAS, R. P. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00005.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

VERAS, R. P. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 473-474, set. 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0146>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. de A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VIEIRA, R. Q.; SAITO, K. A. M.; SANTOS, A. E. Primeiras discussões sobre o diagnóstico de enfermagem em periódicos (1956-1967). **Hist. Enferm. Rev. eletrônica**, v. 9, n. 2, p. 95-107, 2018. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v9/n2/a1.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas,** Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-AMOSTRAGEM-EM-BOLA-DE-NEVE-NA-PESQUISA-UM-DEBATE-Vinuto/cd8e3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456>. Acesso em: 4 jul. 2019.

VITORINO, S. S.; MIRANDA, M. L. J.; WITTER, C. Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. Rev Kairós, v. 15, n. 3, p. 29-42, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7531>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WAGNILD, G.; YOUNG, H. M. Resilience among older women. Image: **The Journal of Nursing Scholarship**, v. 22, n. 4, p. 252-255, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.x>. Acesso em: 4 maio 2019.

WALKER, L.; AVANT. K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th ed. Upper Saddle River, USA: Pearson Prentice Hall, 2019.

WANDERLEY, R. M. M. et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v. 13, n. 1, p.472-82, jan., 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a234959p472-482-2019>. Acesso em: 20 nov. 2019.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 Item Short-Form Healt Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, n. 30, p. 473-483, 1992. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>. Acesso em: 4 maio 2019.

WHITE, C. M. et al. The role of income and occupation in the association of education with healthy aging: results from a population-based, prospective cohort study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1181, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2504-9>. Acesso em: 4 maio 2019.

WILSON, J. **Thinking with concepts**. New York: Cambridge University Press, 1963.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 Priorities for a Decade of Action on Healthy Ageing.** Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf?ua=1>. Acesso em: 4 maio 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, v.5, 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing: a policy framework**. Madrid (ES): WHO; 2002a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/ hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of essential drugs and medicines. The Uppsala Monitoring Centre. **The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Genebra: World Health Organization; 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020).** Geneva: WHO; 2016a. Disponível em: <http://who.int/ageing/GSAPSummary-EN.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health (ICF).** Geneva: WHO, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: strengthening our response.** Fact sheet 220; 2014**.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Acesso em: 16 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health**. Geneva: World Health Organization; 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**., v.14, n. 10, p.1403-9. 1995. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Acesso em: 16 jul. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is health promotion?** Perguntas e respostas on-line de agosto de 2016c. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>. Acesso em: 4 maio 2018.

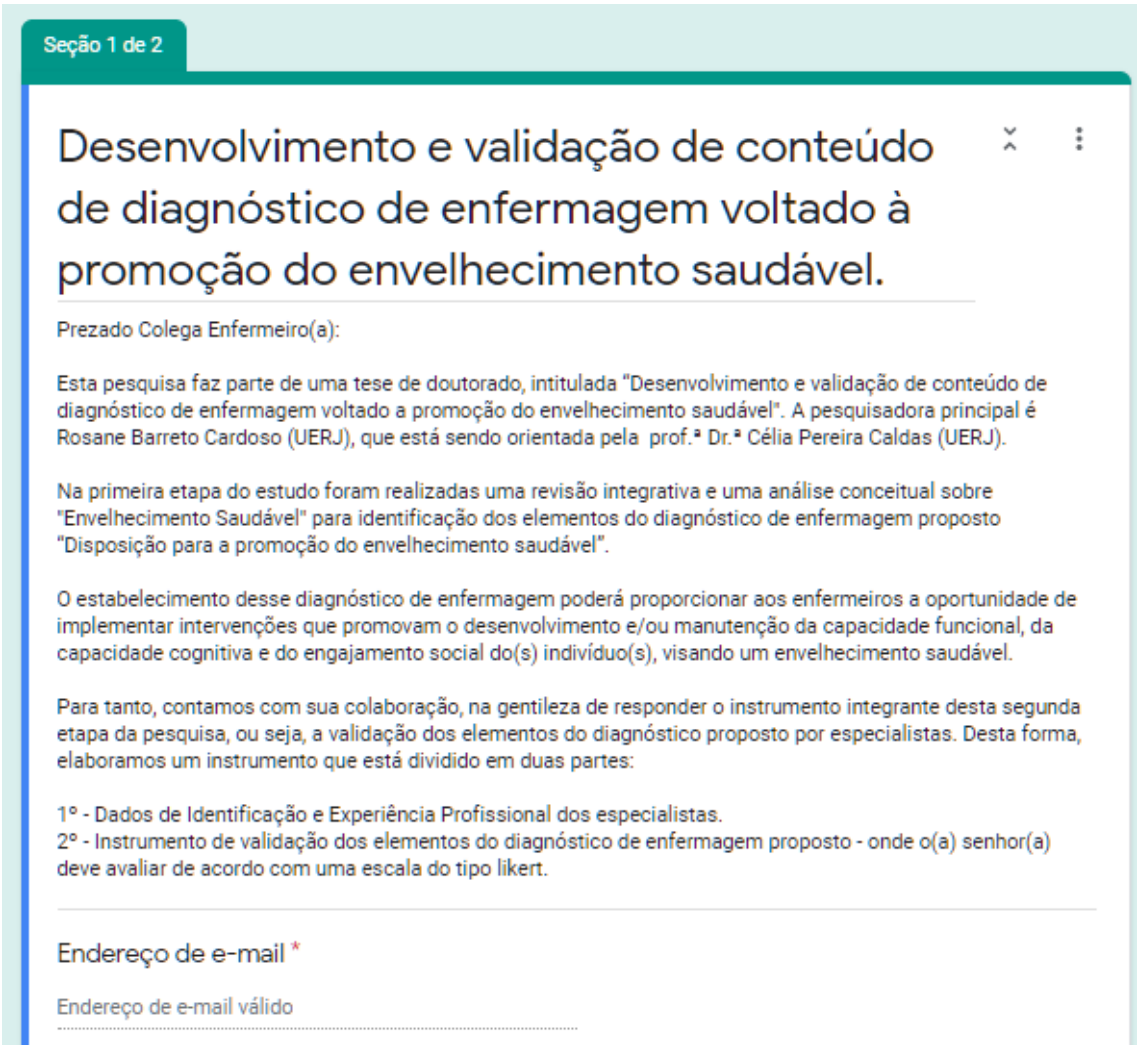
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is healthy ageing?** WHO: 2015a. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>. Acesso em: 16 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneve: WHO; 2015b.

WU, C. et al. Index of Healthy Aging in Chinese Older Adults: China Health and Retirement Longitudinal Study. **J Am Geriatr Soc**., v. 66, n. 7, p.1303-1310, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15390>. Acesso em: 4 maio 2019.

WUORELA, M. et al. Stable kidney function indicates healthy ageing – a population-based 20-year follow-up study. **European Geriatric Medicine**, v. 8, n. 2, p. 123-129, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.01.010>. Acesso em: 4 maio 2019.

APÊNDICE - Instrumento de caracterização dos peritos e análise de validação dos elementos do diagnóstico proposto



Seção 1 de 2

Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado à promoção do envelhecimento saudável.

Prezado Colega Enfermeiro(a):

Esta pesquisa faz parte de uma tese de doutorado, intitulada "Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado a promoção do envelhecimento saudável". A pesquisadora principal é Rosane Barreto Cardoso (UERJ), que está sendo orientada pela prof.ª Dr.ª Célia Pereira Caldas (UERJ).

Na primeira etapa do estudo foram realizadas uma revisão integrativa e uma análise conceitual sobre "Envelhecimento Saudável" para identificação dos elementos do diagnóstico de enfermagem proposto "Disposição para a promoção do envelhecimento saudável".

O estabelecimento desse diagnóstico de enfermagem poderá proporcionar aos enfermeiros a oportunidade de implementar intervenções que promovam o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e do engajamento social do(s) indivíduo(s), visando um envelhecimento saudável.

Para tanto, contamos com sua colaboração, na gentileza de responder o instrumento integrante desta segunda etapa da pesquisa, ou seja, a validação dos elementos do diagnóstico proposto por especialistas. Desta forma, elaboramos um instrumento que está dividido em duas partes:

1º - Dados de Identificação e Experiência Profissional dos especialistas.
2º - Instrumento de validação dos elementos do diagnóstico de enfermagem proposto - onde o(a) senhor(a) deve avaliar de acordo com uma escala do tipo likert.

Endereço de e-mail *

Endereço de e-mail válido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Título da Pesquisa de Tese de Doutorado: "Desenvolvimento e validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem voltado a promoção do envelhecimento saudável".
2. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo.
3. Este estudo não possui procedimentos que possam levar ao desconforto ou risco.
4. Não há benefício direto ao participante, pois se trata de um estudo descritivo de um fenômeno de enfermagem observado na prática e somente ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício para a comunidade científica e assistencial.
5. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a enfermeira Rosane Barreto Cardoso (telefone 21-969632313), que está sendo orientada pela prof.ª Dr.ª Célia Pereira Caldas. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Centro de Ética na Pesquisa (CEP) da UERJ pelo telefone: (21)2334-2180 ou pelo e-mail: etica@uerj.br
6. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.
7. Direito de confiabilidade: as informações serão consideradas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a sua identificação.
8. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.
9. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e nem compensação financeira relacionada à sua participação.
10. O compromisso do pesquisador é utilizar os dados e o material coletado somente para a pesquisa.

Agradecemos sua potencial contribuição, respeitando seu direito de recusa.

Pergunta *

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o presente estudo conforme o protocolo de pesquisa enviado pela enfermeira Rosane Barreto Cardoso, que está sendo orientada pela prof.ª Dr.ª Célia Pereira Caldas. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, bem como a minha participação isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento desta enfermeira para participar neste estudo.

- ○ CONCORDO
- ○ NÃO CONCORDO

Seção 2 de 2

PARTE 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DO ESPECIALISTAS

Descrição (opcional)

1. Data de nascimento: *

(Por favor, informe mês, dia e ano)

Mês, dia, ano

2. Sexo: *

(Sexo)

- ○ Masculino
- ○ Feminino

3. Tempo de experiência profissional: *

(Tempo em anos)

- ☐ 0 até 5 ano
- ☐ 5 até 10 anos
- ☐ 10 até 20 anos
- ☐ 20 até 30anos
- ☐ > 30 anos

4. Região em que atua profissionalmente: *

(Principal/Atual)

- ( ) Região SUDESTE do Brasil
- ( ) Região SUL do Brasil
- ( ) Região NORDESTE do Brasil
- ( ) Região NORTE do Brasil
- ( ) Região CENTRO-OESTE do Brasil
- ( ) Outros...

5. Titulação acadêmica: *

(Indique sua MAIOR titulação acadêmica)

- ( ) Especialização em Enfermagem (CONCLUÍDO)
- ( ) Especialização e Enfermagem (em andamento)
- ( ) Mestrado em Enfermagem (CONCLUÍDO)
- ( ) Mestrado em Enfermagem (em andamento)
- ( ) Doutorado em Enfermagem (CONCLUÍDO)
- ( ) Doutorado em Enfermagem (em andamento)
- ( ) Pós-Doutorado em Enfermagem (CONCLUÍDO)
- ( ) Pós-Doutorado em Enfermagem (em andamento)
- ( ) Outros...

6. Possui Especialização em Gerontologia e/ou Geriatria? *

- ( ) Sim
- ( ) Não

7. Se possui titulação de Mestre a sua dissertação foi direcionada a qual temática? *

(Responder somente se POSSUIR TITULAÇÃO DE MESTRE - Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] Dissertação na temática: Diagnóstico de Enfermagem
- [ ] Dissertação na temática: Gerontologia e/ou Geriatria
- [ ] Outros...

8. Se possui titulação de Doutor ou Pós- Doutorado a sua tese foi direcionada a qual temática? *

(Responder somente se POSSUIR TITULAÇÃO DE DOUTOR ou PÓS-DOUTORADO - Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] Tese na temática: Diagnóstico de Enfermagem
- [ ] Tese na temática: Gerontologia e/ou Geriatria
- [ ] Outros...

9. Possui artigo publicado (autor/coautor)em periódicos científicos/indexados sobre as temáticas relacionadas abaixo? *

(Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] Artigo publicado sobre a temática: Diagnóstico de Enfermagem
- [ ] Artigo publicado sobre a temática: Gerontologia e/ou Geriatria
- [ ] Não tenho artigo publicado nestas temáticas: Diagnóstico de Enfermagem e Gerontologia e/ou Geriatria
- [ ] Não tenho nenhum artigo publicado

10. Possui outros trabalhos publicados (autor/coautor) sobre as temáticas relacionadas abaixo? *

(Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] MONOGRAFIA na temática: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
- [ ] MONOGRAFIA na temática: GERONTOLOGIA e/ou GERIATRIA
- [ ] Apresentação de TRABALHOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS na temática: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
- [ ] Apresentação de TRABALHOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS na temática: GERONTOLOGIA e/ou GERIATRIA
- [ ] CAPÍTULOS de livros e/ou LIVROS na temática: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
- [ ] CAPÍTULOS de livros e/ou LIVROS na temática: GERONTOLOGIA e/ou GERIATRIA
- [ ] Não tenho trabalhos publicados nas temáticas: Diagnóstico de Enfermagem e Gerontologia e/ou Geriatria

12 . Já trabalhou ou trabalha com foco em GERONTOLOGIA e/ou *

(Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] Não. Nenhuma das opções abaixo.
- [ ] Sim. No ENSINO, há MENOS de 1 ano.
- [ ] Sim. No ENSINO, há MAIS de 1 ano.
- [ ] Sim. Na PESQUISA, há MENOS de 1 ano
- [ ] Sim. Na PESQUISA, há MAIS de 1 ano
- [ ] Sim. No CUIDADO/ASSISTÊNCIA, há MENOS de 1 ano.
- [ ] Sim. No CUIDADO/ASSISTÊNCIA, há MAIS de 1 ano.

11. Já trabalhou ou trabalha com DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM da taxonomia NANDA-I? *

(Aceita-se mais que uma marcação)

- [ ] Não. Nenhuma das opções abaixo.
- [ ] Sim. No ENSINO, há MENOS de 1 ano.
- [ ] Sim. No ENSINO, há MAIS de 1 ano.
- [ ] Sim. Na PESQUISA, há MENOS de 1 ano
- [ ] Sim. Na PESQUISA, há MAIS de 1 ano
- [ ] Sim. No CUIDADO/ASSISTÊNCIA, há MENOS de 1 ano.
- [ ] Sim. No CUIDADO/ASSISTÊNCIA, há MAIS de 1 ano.

PARTE II - CONCORDÂNCIA INDIVIDUAL RELATIVA A CADA

Enfermeiro avalie as sentenças seguintes de acordo com as opções abaixo referente a uma escala do tipo likert:

> Não é característico do diagnóstico
> Muito pouco característico do diagnóstico
> De algum modo característico do diagnóstico
> Muito característico do diagnóstico
> Muitíssimo característico do diagnóstico

1. TÍTULO DO DIAGNÓSTICO: "Disposição para a promoção do envelhecimento saudável": *

(Quanto ao do título do diagnóstico?)

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

1. Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestões para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

2. DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: "Padrão de desejo e/ou motivação para o desenvolvimento e/ou manutenção da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e do engajamento social, que levam a um envelhecimento saudável." *

(Quanto a definição apresentada para o novo diagnóstico?)

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

2. Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestões para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.1 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA*: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua capacidade funcional**" *

**Capacidade de decidir e executar as atividades da vida diária necessárias para uma vida independente e com autocuidado. (ARAUJO et al, 2019).
*"Características definidoras são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome" (NANDA-I, 2018, p. 207).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.1 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.2 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o estilo de vida*" *

*Estilo de vida: "conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício" (WHO, 2004, p.37).

- ○ Não é característico do diagnóstico
- ○ Muito pouco característico
- ○ De algum modo característico
- ○ Muito característico
- ○ Muitíssimo característico

Pergunta

3.2 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.3 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o conhecimento para fazer as melhores escolhas em relação a promoção da sua saúde*" *

*Capacitação e participação do indivíduo (pessoa, família, comunidade ou grupo) para atuar na melhoria de sua saúde (WHO, 1986).

- ○ Não é característico do diagnóstico
- ○ Muito pouco característico
- ○ De algum modo característico
- ○ Muito característico
- ○ Muitíssimo característico

Pergunta

3.3 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.4 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa desejo e/ou motivação de aumentar a resiliência*" *

*Resiliência: Capacidade de enfrentamento, adaptação e respostas positivas frente às mudanças ocorridas com o avançar da idade (LIMA et al, 2019)

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.4 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.5 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a dinâmica familiar*" *

*Dinâmica familiar: Possuir relação e interação familiar disponível, que seja capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida" (AL UBAIDI, 2017; SILVA, et al., 2014)

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.5 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.5 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a dinâmica familiar*" *

*Dinâmica familiar: Possuir relação e interação familiar disponível, que seja capaz de auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida" (AL UBAIDI, 2017; SILVA, et al., 2014)

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.5 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.6 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a espiritualidade*" *

*Espiritualidade: "qualidade de se preocupar com sentimentos e crenças mais profundos, às vezes religiosos" (WHO, 2004, p.53).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.6 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestões para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.7 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de manter a independência para o autocuidado*" *

*Autocuidado: capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo (OREM, 2001).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.7 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestão para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.8 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar sua função cognitiva*" *

*Cognição: Capacidade mental (memória, percepção, linguagem, raciocínio, planejamento, monitoramento, atenção e habilidade de realizar movimentos complexos) de compreender e resolver os problemas habituais da vida (MORAES, MARIANO e SANTOS, 2010).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.8 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião/sugestões para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.9 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o controle de doenças*" *

*O controle de doenças expressa a prevenção secundária, definida como: "medidas que identificam e tratam pessoas assintomáticas que já desenvolveram fatores de risco ou doença pré-clínica" (WHO, 2004, p.47).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.9 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.10 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de aumentar o equilíbrio psicológico*" *

*Saúde Mental: "estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade" (WHO, 2014, p.1).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.10 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.11 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar o engajamento social*" *

*Engajamento social: "participação do indivíduo em uma ampla gama de papéis e relacionamentos sociais" (WILLIAM, MCLEOD e PESCOSOLIDO, 2007, p.333).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.11 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.12 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de melhorar a sua qualidade de vida*" *

*Qualidade de vida: "a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1995, p. 1.405).

- ◯ Não é característico do diagnóstico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

3.12 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

3.13 CARACTERÍSTICA DEFINIDORA: "Expressa o desejo e/ou motivação de manter a sua autonomia*" *

*Autonomia: "capacidade percebida de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se vive diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências" (WHO, 2004, p.10).

- ○ Não é característico do diagnóstico
- ○ Muito pouco característico
- ○ De algum modo característico
- ○ Muito característico
- ○ Muitíssimo característico

Pergunta

3.13 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

4. Quanto ao DOMÍNIO DA NANDA-I: o diagnóstico de enfermagem proposto é característico do DOMÍNIO 1 - Promoção da Saúde*? *

*DOMÍNIO 1 - Promoção da Saúde: "Percepção de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função" (NANDA-I, 2018, p. 155).

- ○ Não é característico do diagnóstico
- ○ Muito pouco característico
- ○ De algum modo característico
- ○ Muito característico
- ○ Muitíssimo característico

Pergunta

4. Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

4.1 Quanto a CLASSE da NANDA-I: o diagnóstico de enfermagem proposto é característico da CLASSE 1 - PERCEPÇÃO DA SAÚDE*? *

*CLASSE 1 - Percepção da saúde (Domínio 1 - Promoção de Saúde): "Reconhecimento de função normal e bem-estar" (NANDA-I, 2018, p.155).

- ◯ Não é característico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

4.1 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

4.2 Quanto a CLASSE da NANDA-I: o diagnóstico de enfermagem proposto é característico da CLASSE 2 - CONTROLE DA SAÚDE*? *

*CLASSE 2 - Controle da saúde (Domínio 1 - Promoção de Saúde): "Identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar" (NANDA-I, 2018, p.156).

- ◯ Não é característico
- ◯ Muito pouco característico
- ◯ De algum modo característico
- ◯ Muito característico
- ◯ Muitíssimo característico

Pergunta

4.2 Espaço para você, se quiser, compartilhar sua opinião para além do que foi apresentado:

Texto de resposta longa

ANEXO A – Protocolo de submissão da taxonomia NANDA-1

DIAGNOSIS SUBMISSION FORM

SUBMISSION TYPE
Example: Problem-Focused Diagnosis: New

SUBMITTER CONTACT DETAILS

REFERENCES

Is there a current diagnosis related to your submission?

LABEL

Ref	**Diagnosis Label**

DEFINITION

Ref	**Diagnosis Definition**

DEFINING CHARACTERISTICS

Ref	**Defining Characteristic #1**
Ref	**Defining Characteristic #2**

RELATED FACTORS (Problem-Focused Diagnosis)/RISK FACTORS (Risk diagnoses)

Ref	**Related Factor #1**
Ref	**Related Factor #2**

ASSOCIATED CONDITIONS

Ref	**Associated condition #1**
Ref	**Associated condition #2**

AT-RISK POPULATION

Psychological

Ref	**At-risk population #1**

NURSING OUTCOMES

NURSING INTERVENTIONS

COMMENTS

ANEXO B - Resposta de parecer do comitê de ética

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de Diagnósticos de Enfermagem
Pesquisador: ROSANE BARRETO CARDOSO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 86966218.7.0000.5282
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.620.528

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo de desenvolvimento e validação de conteúdo dos DE Envelhecimento ativo desfavorável e Disposição para o envelhecimento ativo melhorado. O estudo será realizado em duas etapas. A primeira etapa será constituída pela análise de conteúdo segundo os princípios de Walker e Avant, sendo operacionalizada pela revisão integrativa da literatura, a qual servirá de base para elaboração do título, definição, características definidoras e fatores relacionados dos novos DE. A segunda etapa será composta pela validação de conteúdo dos componentes dos DE propostos (título, definição, características definidoras e fatores relacionados) a partir da opinião de especialistas. Os participantes do estudo serão Enfermeiros com, no mínimo, o grau de mestre, que obtiverem pontuação mínima de cinco pontos, conforme propostos por Fehring, que publicaram trabalhos referentes à envelhecimento, gerontologia e DE, assim como experiência em gerontologia e DE NANDA-I. A participação no estudo será por meio de um formulário on line.

Objetivo da Pesquisa:
Desenvolver e validar os Diagnósticos de enfermagem "Envelhecimento ativo comprometido" e "Disposição para envelhecimento ativo melhorado/percebido (Domínio 1: Promoção da Saúde/Classe 2: Controle da saúde)"; Analisar o conceito de envelhecimento ativo, a partir da literatura; Identificar as características definidoras e os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem; Propor o título e a definição do DE; Validar o conteúdo dos componentes do DE (Título, definições, características definidoras e fatores relacionados) a partir da opinião de

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3°and. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

especialistas; Elaborar a proposta de submissão do DE à NANDA-I, conforme as diretrizes desse sistema de classificação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: são possíveis riscos mínimos para a unidade do estudo, visto que serão respeitados todos os preceitos para manutenção do anonimato dos participantes. possíveis desconfortos em responder ao instrumento, contudo será explicitado por meio do TCLE o direito a se retirar em qualquer etapa da pesquisa.

Benefícios: espera-se que a construção destes novos DE possam favorecerem a promoção e prevenção de um envelhecimento ativo.

assim, como a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem pela identificação do perfil dos pacientes, e potencial redução de custos pela

melhoria na acurácia diagnóstica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o campo da Enfermagem. está bem estruturada, com extensa base bibliográfica. a metodologia se adequam aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos devidamente descritos, de acordo com a norma vigente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abril de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096806.pdf	27/03/2018 16:28:48		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	27/03/2018 16:26:18	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3°and. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Continuação do Parecer: 2.620.539

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_tese.pdf	19/03/2018 12:47:23	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/03/2018 12:46:16	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_Celia_Caldas.pdf	19/03/2018 12:45:05	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_Priscilla_Alfradique.pdf	19/03/2018 12:44:38	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
Outros	Lattes_Rosane_Barreto.pdf	19/03/2018 12:44:13	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto.pdf	19/03/2018 12:43:24	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/03/2018 12:40:38	ROSANE BARRETO CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Abril de 2018

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br