

## **IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ivânia Vera  
Kamylla Guedes de Sena  
Maria de Lourdes Silva  
Victoria Vaz da Costa Estrela Simão  
Roselma Lucchese  
(Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG, Catalão – GO)

### **Resumo**

Relato de experiência que objetivou descrever a implantação e a implementação do prontuário de moradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, utilizando a Avaliação Global do Idoso como subsídio para o processo de cuidar em enfermagem. A instituição era de natureza filantrópica e abrigava moradores de ambos os sexos e de idades diversas, com diferentes patologias. Após a confecção e o manuseio no dia a dia, verificou-se que o prontuário físico foi de extrema relevância, pois forneceu informações e possibilitou o acompanhamento da saúde do idoso, além do convívio intergeracional entre estudantes de enfermagem e os moradores.

**Palavras-chave:** Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem; Registros médicos.

### **Abstract**

#### **Implementation of medical records of the resident in a long-stay institution for elderly: an experience report**

This experience report aimed to describe the implantation and application of medical records of residents at homes for the elderly, using a methodology the global evaluation of nursing process. The institution was of philanthropic nature and sheltered inhabitants of both sexes and of diverse ages, with different pathologies. After the preparation and the routin management, it was verified the physical state was extremely important, since it provided information and made it possible to follow the elderly health, in addition to the intergenerational interaction between nursing students and the residents.

**Keywords:** Aged; Homes for the Aged; Nursing; Medical records.

## I. Introdução

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) surgiram para atender uma demanda da comunidade no cuidado com as pessoas, de forma a gerenciar suas necessidades biopsicossociais e a insuficiência familiar. A ausência ou a precariedade de políticas públicas voltadas para este público impulsionou quantitativamente essas instituições, que podem ser públicas, privadas com fins lucrativas e filantrópicas, religiosas ou não (Camarano & Kanso, 2010).

Embora as ILPI não estejam inseridas no setor de saúde, ao analisar as ações executadas neste local, observa-se que as principais práticas exercidas são as de atenção à saúde (Camarano & Kanso, 2010). Destacam-se, ainda, a administração de medicamentos, a realização de curativos, cuidados dispensados no banho e para alimentação, dentre outros (Paula et al., 2014).

Para tanto, é necessária a existência de uma equipe multiprofissional, com preparo básico em gerontologia. Assim, os profissionais proporcionam cuidados médicos, de enfermagem e nutrição adequada, além de realizarem práticas voltadas à promoção da saúde e à manutenção da autonomia do ancião, além

da criação de um ambiente seguro e apropriado para o idoso dependente (Santos, Silva, Barlem & Lopes, 2008).

Considerando as práticas realizadas, os registros de intervenções e o histórico clínico de cada idoso são fundamentais. Dessa maneira, o prontuário, conjunto de documentos importante para acompanhar o processo de atenção à saúde, deve oferecer informações individuais e administrativas, além de ser um meio de comunicação da equipe que acompanha o morador, formalizando as ações de saúde realizadas (Possari, 2010).

O presente estudo objetivou descrever a trajetória da implantação e da implementação do prontuário do morador de uma ILPI.

## II. Método

Relato de experiência vivenciada por docente e graduandos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão, durante a realização do Estágio Curricular Obrigatório II, em cooptação com acadêmicos vinculados à Disciplina de Processo de Cuidar do Adulto Idoso I e ao Programa de Atenção à Saúde da Terceira Idade (PASTI), Projeto de Extensão *Atenção à Saúde do Adulto e Idoso*, cadastrado na Pró-Reitora de Extensão e

Cultura da Universidade Federal de Goiás (UFG), Unidade Acadêmica Especial de Biotecnologia. O relato de experiência buscou descrever a experiência da avaliação global no cuidado com idosos institucionalizados no ano de 2014.

### *2.1 Cenário do estudo*

O cenário foi uma ILPI filantrópica, localizada em um município do interior do sudeste do Estado de Goiás, Brasil. Os residentes neste local eram, em sua maioria, pessoas que requeriam assistência em até três atividades de autocuidado para vida diária. Nesse processo, os estudantes de enfermagem, sob supervisão direta do professor orientador, atuaram na elaboração do prontuário individual do morador, concomitante com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (COFEN, 2009) e a coleta de informações, para compor a Avaliação Global do Idoso (AGI) (Brasil, 2007; Jacob Filho, 2005; Freitas, Mohallem, Gamarski e Pereira, 2014; Freitas e Pu, 2017).

### *2.2 Sistematização da Assistência em Enfermagem*

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) orienta que a SAE seja realizada

em todos os ambientes que ocorre o cuidado de profissional de Enfermagem. A execução de suas etapas deve ser registrada com escrita científica e terminologias específicas da área da saúde em prontuário. Sua implementação inclui as seguintes etapas, que se inter-relacionam: coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Diariamente, durante as visitas, foram realizadas anotações de enfermagem sobre a evolução nas últimas 24 horas. A coleta de dados foi realizada com auxílio de métodos e técnicas variadas, com intuito de obter conhecimento sobre a pessoa idosa, sua família e a comunidade à qual pertencia, durante o processo saúde-doença (Andris, 2006; Barros, 2008). Em alguns momentos, foi necessário estender o prazo para a coleta de dados do morador, uma vez que o mesmo possuía necessidades específicas a serem acolhidas durante o atendimento (Barros, 2008; Freitas et al.; 2014; Freitas & Pu, 2017)

Na coleta de dados de enfermagem, realizaram-se anamnese, exame físico e aplicação de escalas validadas em território nacional, que avaliaram a capacidade funcional, cognitiva e as relações familiares, visando à AGI (Brasil, 2007;

Jacob Filho, 2005; Freitas et al., 2014; Freitas & Pu, 2017).

O Diagnóstico de Enfermagem, tido como processo de interpretação e agrupamentos dos dados, para planejamento clínico de respostas referentes à coleta de dados, foi elaborado baseando-se na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (Nanda, 2013). Em seguida, obteve-se o planejamento de enfermagem, que determinou os resultados que se esperavam alcançar, por ações ou intervenções de enfermagem, e o qual direcionava e coordenava a assistência que o morador deveria receber (COFEN, 2009; Possari, 2010).

A implementação consistiu na realização das ações propostas no planejamento de enfermagem e na avaliação como uma técnica sistemática e contínua da evolução do quadro clínico do paciente e repostas dos familiares ou comunidade. Neste momento, houve a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem, para melhoria da saúde do morador. Ao mesmo tempo, não se tratou de uma atividade estática, mas mutável, conforme a necessidade e ambiente (COFEN, 2009).

### *2.3 Coleta de dados para composição do prontuário*

A coleta de dados de enfermagem foi realizada com auxílio de um instrumento elaborado pela professora responsável pela disciplina “Processo de Cuidar de Adulto Idoso I” (Vera, Lucchese, Munari e Nakatani, 2014), visando à AGI (Jacob Filho, 2005; Freitas et al., 2014), com aplicações de escalas de avaliação da capacidade funcional, cognitiva e de relações familiares, além da escala de avaliação de possibilidade de desenvolvimento de lesões por pressão. Outras escalas de interesse acadêmico foram inseridas no decorrer do texto, para a elaboração de um instrumento norteador para estudantes e profissionais que atuam nessa temática.

Assim, constituiu-se o prontuário individual do morador da seguinte maneira:

- Foto de busto e corpo inteiro (inclusive com uso de órteses, como andadores e bengala).
- Formulário de identificação do morador na ILPI, data e motivo da institucionalização, quem era o responsável legal por ele e assinatura dos envolvidos.
- Anamnese: informações acerca dos dados biográficos do morador, com nome completo, data de nascimento, como ele era conhecido e gostava de ser chamado, estado civil, sexo, escolaridade em anos, naturalidade, nacionalidade, período de

residência no município e na ILPI, se já tinha sido ou não institucionalizado no decorrer da vida, situação da aposentadoria (por tempo de serviço, invalidez, idade etc.), pensionista, ocupação anterior, antecedentes familiares (vivos e falecidos, como identificação do motivo de falecimento), ambiente atual de moradia (condições estruturais da moradia, se ficava ou não a maior parte do tempo sozinho ou acompanhado, se recebia ou não visita de amigos e familiares, grau de parentesco entre os moradores. Na impossibilidade de o morador responder aos questionamentos, ele foi realizado com a gestora do local e/ou cuidador principal (Jacob Filho, 2005; Porto, 2008).

- Antecedentes familiares de doenças crônicas, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, tuberculose, entre outras. Informações sobre o tempo do diagnóstico, se fazia uso de medicamento (descrito na seção de medicamentos), se teve tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos progressos. É importante descrever qual tipo de cirurgia, motivo e data (real ou aproximada). Caso o morador não se lembrasse dessas informações, elas devem ser obtidas por documentação pessoal, ou por data aproximada (“uns 2 anos”, “mais de 10 anos” etc.) (Jacob Filho, 2005).

- Fatores de risco: tabagismo – progresso/tempo, tabagismo atual (tipo,

maço/dia/tempo); etilismo (tipo, quantidade/dose/tempo);

obesidade/sobrepeso (calcular o índice de massa corporal – IMC – para classificação); exames que comprovassem discrasias sanguínea; neoplasias; uso de medicamentos antineoplásicos/imunossupressores; e radioterapia (Jacob Filho, 2005).

- Sinais vitais: pressão arterial em pé e sentado, acompanhado da unidade de medida mmHg; frequência cardíaca em 1 minuto; frequência respiratória em 1 minuto; temperatura em graus Celsius, de preferência verificada com termômetro digital (Posso, 2004; Andris, 2006; Barros, 2008).

- Antropometria: estatura em centímetro, real ou estimada, se for acamado. O peso deve ser em quilograma, com mínimo de roupas e sem calçados, para realização IMC, em kg/m<sup>2</sup>; medidas das panturrilhas direita e esquerda para identificação precoce da sarcopenia. Se for cadeirante subtrair o peso da cadeira (Barros, 2008; Cruz-Jentoft et al., 2010; Lourenço & Gamarski, 2014).

- Informações acerca de hábitos de higiene corporal, recreação e lazer. Questionamentos sobre frequência alimentar e ingesta hídrica são importantes na coleta de dados, para levantar a hipótese

ou não de mudança no hábito alimentar, após a institucionalização (Porto, 2008).

- Eliminações fisiológicas: urinária (espontânea ou com dispositivo), intestinal (espontânea ou com dispositivo), ciclo menstrual (frequência/número de dias), data (pelo menos aproximada) da menarca, menopausa, andropausa. Questões acerca da atividade sexual (desempenho satisfatório, se tem ou não relações sexuais, ou, se não foi questionado/recusou a responder) (Porto, 2008; Barros, 2008).

- Estado de imunização: se possui ou não cartão de vacina, data da última imunização das doenças imunopreveníveis por meio de vacinas (tétano, difteria, febre amarela, influenza, pneumonia) (Barros, 2008).

- Psicossocial: como se processa a interação social, nos diversos ambientes; resolução de problemas, apoio espiritual, estresses atuais e se tinha preocupação com a morte (Porto, 2008; Barros, 2008).

- Exame físico por seguimento corporal: nível de consciência, expressão facial, pele/tecidos, crânio, olhos, ouvidos, nariz, boca (gengiva, bochechas, língua, dentes e palato); pescoço, tórax, mamas, ausculta pulmonar, ausculta cardíaca, abdome, geniturinário, nádegas, membros superiores, membros inferiores, sempre respeitando os princípios da semiótica (inspeção, palpação, percussão e ausculta)

(Porto, 2008; Potter & Perry, 2009; Barros, 2008).

- Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador: avaliação realizada com o cuidador principal do idoso, com questões relacionadas aos sentimentos do cuidador diante do cuidado prestado. Apresenta escore mínimo e máximo, respectivamente, 22 e 110 pontos, e a totalidade da pontuação final da avaliação inferior a 47 pontos caracteriza não sobrecarga do cuidador, entre 47 e 55 pontos; sobrecarga leve se superior a 55 pontos; sobrecarga intensa do cuidador (Zarit & Zarit, 1983; Brasil, 2007).

- APGAR de Família: consiste na avaliação da funcionalidade familiar. APGAR é um acrônimo proveniente das iniciais das palavras em língua inglesa *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutiva) (Smilkstein, 1978). O referido índice determina a satisfação de um membro familiar à assistência que lhe é ou não prestada pelos demais membros que a compõem (Smilkstein, 1978; Duarte, 2001; Duarte, 2001). Traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil (Duarte, 2001), as opções de resposta aos cinco domínios apresentados são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0), com a soma

final entre os valores de zero a 10. O escore de zero a 4 indica elevada disfunção familiar (EDF), valores entre 5 e 6 indicam moderada disfunção familiar (MDF), e valores de 7 a 10 indicam boa funcionalidade familiar (BFF) É importante observar qual domínio não contemplou nota integral ou inferior, de modo que a intervenção de enfermagem possa ser, também, direcionada para esse domínio não alcançado (Smilkstein, 1978; Duarte, 2001; Duarte, 2001; Torres, Reis & Fernandes, 2009; Sousa, Figueiredo & Erdmann, 2010; Vera et al. 2014; 2015a; 2015b).

- *Teste Self Report Questionnaire-20 (SRQ-20)*: rastreia sofrimento mental leve, relacionado a enfrentamentos vivenciados nos últimos 30 dias. Contém questões objetivas de resposta “sim” ou “não”, e se o resultado tiver respostas afirmativas igual ou acima de 7, comprova-se rastreamento positivo para sofrimento mental comum. Contudo, cabe avaliação psicológica e psiquiátrica para conclusão do diagnóstico. O instrumento é um rastreador para sofrimento mental comum (Gonçalves Stein & Kapczinski, 2008; Lucchese, Sousa, Bonfin, Vera & Santana, 2014; Sena, Monteiro, Vera, Lucchese & Lemos, 2017).
- *Avaliação da dor*: avalia queixas de algias atuais, compreendendo expressão facial, duração, intensidade, forma e descrição da localização da algia em ordem

de prioridade. A Escala Visual Analógica (EVA) de dor também foi usada para quantificar a dor relatada, na ordem de zero a 10,0, sendo zero para nenhuma dor e 10 para dor muito intensa (Porto, 2008; Barros, 2008).

- *Escala de Tinetti*: trata-se de uma escala de avaliação do desempenho motor e condições vestibulares do paciente, dividida em duas partes. A primeira avaliação se relaciona ao equilíbrio e a segunda à mobilidade, totalizando, no máximo, 57 pontos; pontuação inferior a 24 representa elevado risco de quedas (Tinetti, Williams & Mayewski, 1986; Brasil, 2007).
- *Quedas*: com intuito de identificar os fatores determinantes associados a quedas, investigaram-se os eventos progressivos de quedas, quantidade, motivo, etiologia e consequências, além das atitudes tomadas, com vistas ao delineamento de estratégias preventivas (Brasil, 2007; Ribeiro, Souza, Atie, Amaro & Schilithz, 2008; Falsarella, Gasparotto & Coimbra, 2014; Perracini, 2013).
- *Tilburg Frailty Indicator (TIF)*: consiste no rastreio de fatores precipitantes e determinantes de fragilidade para o idoso. Contempla domínios físico (saúde, visão, marcha e peso), psicológico (memória, humor e capacidade de enfrentamento de problemas) e social (moradia e suporte social). A pontuação máxima são 25 pontos.

Escore inferior ou igual a 5 pontos caracteriza o idoso como frágil (Fried , Tangen & Waltson, 2001; Santiago, Luz, Mattos & Gobbens, 2012; Nunes, Duarte, Santos & Lebrão, 2015).

- Atividade Básica de Vida Diária (ABVD): instrumento que avalia a capacidade de desempenho das atividades de vida diária (autocuidado), em relação à independência na realização de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência, transferência e alimentação). A classificação baseia-se nos índices de Katz (1963), descritos por letras de A, para independente para todas atividades, a G, que representa dependência para todas atividades. A incapacidade para execução de atividades específicas, como banho, vestir-se, locomover-se, também pode ser descritas com as letras intervalares (B a F). A classificação ‘outro’ se refere a dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifica em C, D, E e F (Katz Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; Brasil, 2007; Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Na elaboração do relatório é importante ressaltar qual ABVD a pessoa entrevistada não é capaz desempenhar, informando se a incapacidade é total ou parcial.

- Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): compreende a avaliação da capacidade de

realização de atividades instrumentais no dia a dia, como: usar o telefone e transporte, fazer compras, desempenhar funções domésticas, administrar as finanças e gerir a administração de medicamentos. A pontuação máxima é de 27 pontos, e a mínima é 9. A classificação do escore entre 10 a 26 pontos indica dependência parcial para determinada função. A independência total confere escore de 27 pontos e a dependência total, 9 pontos (Lawton & Brody, 1969; Brasil, 2007). Na elaboração do relatório é importante ressaltar qual ABVD a pessoa entrevistada não é capaz desempenhar, informando se a incapacidade é total ou parcial.

- Escala de Depressão Geriátrica (EDG): é um instrumento utilizado para rastreio de depressão em idosos, que apresenta questões objetivas, com pontuação de zero a 1 ponto. Na classificação final, o indivíduo que apresentar pontuação superior a 5 pontos, tem suspeita de depressão. Ele deve passar por avaliação psicológica e psiquiátrica, para confirmação do diagnóstico (Yesavage et al., 1983; Almeida & Almeida, 1999; Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Brasil, 2007).

- Miniexame do Estado Mental (MEEM): consiste no instrumento amplamente usado para avaliação da função cognitiva, avaliando a orientação



alopsíquica e autopsíquica, memória, de aprendizagem, linguagem e atenção, com pontuação máxima de 30 pontos. O escore de normalidade é de 26 pontos; o limítrofe é entre 24 e 26 pontos; e o comprometimento cognitivo é indicado se inferior a 24 pontos (Folstein, Folstein & Mchugh 1975; Brasil, 2007). Cabe pontuar que, o nível de escolaridade pode influenciar no resultado do MEEM, e sua interpretação deve ser vista com muita cautela pelo avaliador (Bruck et al., 2003).

- Escala de Braden: apresenta avaliação de risco do desenvolvimento de lesão por pressão (LPP), contendo aspectos do senso de percepção, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção. A pontuação máxima é de 23 pontos. Escore de 15 a 16 pontos caracterizam risco leve; de 12 a 14 pontos, risco moderado; e abaixo de 11 pontos, risco elevado para desenvolvimento de LPP (Bergstron, Braden, Laguzza & Holman, 1987; Serpa, Santos, Campanili & Queiroz, 2011).

- Genograma: compreende a representação gráfica da família e dos laços genealógicos do indivíduo fonte, ou seja, a estrutura e o histórico familiar. Geralmente são utilizados símbolos padronizados para descrição de homem, mulher, nascimento, morte, aborto etc., para a demonstração cartográfica da árvore genealógica. As linhas de relações de afetividade também

podem ser descritas (tracejamento/vínculo fraco, contínua/vínculo forte dominante (Brasil, 2007; Mello, Viera, Simpionato, Biasoli-Alves & Nascimento, 2005).

- Ecomapa: possibilita a investigação dos relacionamentos e ligações sociais do paciente e família, ou seja, os contatos dos membros familiares com outros sistemas, inclusive o socio-sanitário (Brasil, 2007; Mello et al., 2005).

- Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI): avalia a rede de suporte familiar, social e comunitário do idoso em relação a comunidade, família, com o sistema de saúde e amigos. Trata-se de um círculo dividido em quatro dimensões, em que são identificados por legenda a visita recebida de família, amigos, comunidade e sistema de saúde, quanto a frequência semanal, mensal e anual, avaliando concomitantemente o auxílio para serviços domésticos, cuidados pessoais e financeiros (Domingues et al., 2000).

- Miniavaliação Nutricional (MAN): avaliação nutricional ampla, coletando informações quantitativas e qualitativas acerca da alimentação e dados antropométricos, dividida em duas partes, sendo elas: a triagem que avalia perda de peso recente, diminuição de apetite, mobilidade e IMC – nesta parte a pontuação máxima representa 14 pontos –, e a segunda parte, que consiste na avaliação global, que

avalia consumo alimentar, uso de medicamentos e estado de saúde – a pontuação máxima é de 16 pontos. A avaliação completa apresenta pontuação máxima de 30 pontos, com escore de 24 a 30 pontos, e caracteriza estado nutricional normal; de 17 a 23 pontos, há risco de desnutrição; e pontuação inferior a 17 pontos indica quadro de desnutrição (Mcgee & Jensen, 2000; Guigoz, Vellas & Garry, 1994).

- Escala de Cincinnati: este instrumento rastreia sinais precipitantes de eventos clínicos relacionados ao sistema cardiovascular. Avalia a simetria fácil, força nos membros superiores e linguagem. Na presença de qualquer alteração destes sinais, tem-se uma probabilidade elevada de acidente vascular encefálico (AVE). É preciso saber fazer uma boa interpretação dos resultados, associado ao exame clínico do paciente (Kothari, Pancioli, Liu, Brott & Broderick, 1999).

- Escala de avaliação do uso de fraldas para adultos (Escala\_AUFA)®: avalia os riscos associados ao uso das fraldas por pessoas com incontinência, uma vez que o uso frequente desse dispositivo pode implicar em dermatite associada à incontinência (DAI), LPP, dor, desconforto e, talvez, piora da incontinência urinária (Rocha, Prado, Wal & Carraro, 2008; Alves, Santana & Schulz, 2014). Cabe

salientar que o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ/SF) foi validado no país e permite a avaliação objetiva da incontinência, com indicação para utilização em brasileiros, com satisfatória confiabilidade (Tamanini, Dambros, D'Ancona, Palma, Netto Júnior, Nelson Rodrigues, 2004).

- Evolução da equipe multiprofissional: devidamente assinada e carimbada (com número do registro no Conselho Regional de Enfermagem) pelo professor orientador, seguido do carimbo e assinatura do acadêmico (nome completo e matrícula na Instituição Federal de Ensino Superior/Curso de Graduação) que assistiu o morador.

- Outros formulários de interesse: foi criado um formulário com informações cartográficas dos valores pressóricos, antropométricos e glicêmicos do morador, de forma que o estudante/profissional de saúde pudesse visualizar, de forma rápida, como estavam os valores ali inseridos.

Todos esses dados obtidos passaram por análise e discussão de casos em equipe multidisciplinar, constituída por docentes e discentes da universidade, juntamente dos trabalhadores locais. Após, elaborou-se o plano de cuidados singular com valiosa contribuição para planejamento da própria dinâmica do serviço e operacionalização de

escalas de trabalho e materiais de consumo. O foco esteve continuamente em proporcionar melhor atendimento ao morador e dar continuidade à atenção realizada pela equipe de saúde.

### **III Resultados**

No decorrer do período em que os estudantes permaneceram na ILPI, observaram-se aspectos quanto a organização, funcionamento e gerenciamento do local, com vistas a implementação do prontuário do morador, atualização das informações e padronização das anotações.

O modelo do prontuário do morador foi elaborado de forma que os registros permitiram a documentação de informações pessoais, referentes a saúde e à assistência prestada permanentemente, denotando cartografia dos dados clínicos do morador e processo facilitador do acesso ao histórico dos moradores, e permitindo interação com outros profissionais.

Na primeira etapa, foi realizado o preenchimento da ficha de identificação, com dados presentes nos documentos de identificação pessoal. Os moradores foram fotografados, após a autorização do responsável e/ou do próprio morador para o uso da imagem de cada um, tendo suas fotos afixadas em seus prontuários, para facilitar

a identificação. Os contratos firmados entre a ILPI e o morador para sua permanência neste local também foram anexados aos prontuários. Ainda nesta etapa, os documentos originais foram separados e anexados junto ao prontuário de cada morador, bem como cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), e a cópia do cartão de vacina e da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa – com preenchimento dessa última, caso o morador não tivesse ainda.

Na segunda etapa, foi implantada a SAE concomitante ao registro das ações realizadas pelos acadêmicos de enfermagem no prontuário individual e à aplicação das escalas. Ao longo das práticas, houve a avaliação contínua e sistemática de possíveis mudanças no cotidiano do morador, relacionadas ao bem-estar físico e psicoemocional.

Estes prontuários foram organizados em ordem alfabética e armazenados em uma gaveta individual de um armário do tipo arquivo. As pessoas que tinham acesso a estes documentos foram orientadas a mantê-los organizados para facilitar o manuseio, bem como a realizarem anotações em ordem cronológica de atendimento.

### **IV Discussão**

A lei 10.741 dispõe sobre o Estatuto do Idoso, apontando que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso o direito à vida e à saúde, garantindo a integridade física e psicossocial, com moradia digna junto aos seus familiares, ou em ILPI pública ou privada (Brasil, 2003). Cabe à ILPI manter padrões habitacionais compatíveis com a necessidade de cada morador, bem como prover alimentação, cuidados de higiene e ambiente adequados, e proporcionar cuidados de saúde, conforme a necessidade (Brasil, 2003).

Para nortear a fiscalização das ILPI, a Agência Nacional de Saúde (Anvisa) criou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283, estabelecendo o regulamento para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos (Brasil, 2005). O local, de moradia coletiva, é destinado a idosos, com ou sem suporte familiar. A referida resolução também traz definições sobre quem é o cuidador de idoso (pessoa capacitada para ajudar o idoso, em suas limitações nas AVD), bem como a classificação do tipo de dependência/auxílio requerido no cuidado à pessoa institucionalizada. Assim, classificou-se o grau de dependência:

Grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda

(equipamentos, tipo, bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas) (Brasil, 2005, p. 2).

Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; (Brasil, 2005, p. 2)

Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo e, indivíduo autônomo. (Brasil, 2005, p. 2)

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como um documento único, composto por informações originadas a partir de ocorrências de situações de saúde do paciente e assistência a ele prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, além de permitir a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e o seguimento da assistência prestada (CFM, 2002).

O preenchimento do prontuário é ação exclusiva e obrigatória da equipe de saúde e responsabilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais. Contudo, quando estão presentes estudantes em formação de cursos da área da saúde, eles também fazem registro, sobre

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

supervisão (Possari, 2010), com a assinatura posterior do professor supervisor, carimbo com identificação profissional e do estudante.

Como forma de otimizar o cuidado, a implantação do prontuário e, respectivamente, da SAE, a abordagem das necessidades de vida diária e da manutenção da saúde tornaram relevantes. Para tanto, o enfermeiro responsável, membro da equipe, deve conhecer as teorias de enfermagem, escolhendo as que melhor atendam às necessidades do idoso e o veja de forma integral (Silva & Santos, 2010).

Sobre a constituição da equipe e estrutural da ILPI, portaria ministerial norteia quanto a: público e capacidade de atendimento; rede de parcerias; estudos relativos ao custo; equipamentos; necessidades físico-espaciais; conforto e acessibilidade; e recursos humanos necessários para um atendimento adequado (Brasil, 2001).

O dimensionamento dos recursos humanos deve ser específico para as ILPI, de modo que se possa assegurar a assistência segura, sem danos ao receptor dos cuidados de enfermagem (Paula, Rodrigues, Santana & Ferreira, 2018). Nesse sentido, a resolução do COFEN 543 estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos

serviços/locais, orientando gestores e enfermeiros no planejamento quantitativo para realizar as atividades pertinentes ao cuidado. A aplicação de cálculos deve basear-se em características relativas ao serviço de saúde e de enfermagem, e ao grau de dependência do paciente em relação à equipe de enfermagem. O sistema de classificação de pacientes (SCP) pode ser aplicado não só na realidade sociocultural do morador (COFEN, 2017).

A precariedade de uma equipe desprovida de habilidade e conhecimento para o trabalho na área gerontológica também tem sido observada (Santos et al., 2008). O que se observa é que não há, na literatura, consenso em relação ao quantitativo de profissionais de enfermagem necessários para trabalharem nas ILPI. Há instituições que não seguem as normativas e resoluções/leis que regulamentam as ILPI, sobretudo no que se referem à classificação do idoso, às necessidades individuais e ao cálculo de dimensionamento da equipe de enfermagem (Paula et al. 2018). Ao se considerar que a incapacidade funcional dos idosos deve ser analisada e planejada em acordo com a estrutura da unidade que o acolhe, bem como o plano de cuidados, estão aí incluídos o dimensionamento de pessoal, e a capacitação e suporte oferecidos à equipe, para realizar um cuidado humanizado,

garantindo a autonomia do paciente (Sthal, Berti & Palhares, 2011).

Em relação a responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem, a resolução 509 do COFEN define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico (ERT), o Serviço de Enfermagem, a Anotação de Responsabilidade Técnica, e a Certidão de Responsabilidade Técnica (COFEN, 2016). São elas:

-ERT: concedida pelo COREN do estado ao qual o Enfermeiro está inscrito. Ou seja, é o profissional de Enfermagem de nível superior (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987), responsável planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem (Brasil, 1986; Brasil, 1987).

- Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), ato administrativo concedido pelo Conselho Regional de Enfermagem a partir do preenchimento de requisitos legais para atuar como vínculo entre o Serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem, visando facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de Enfermagem que nela executam assistência de enfermagem, com vistas aos sobretudo, aos aspectos técnico e ético, além da assistência segura para os receptores do

cuidado/sociedade bem como os profissionais de enfermagem (COFEN, 2016).

-Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT): documento emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem, pelo qual se materializa o ato administrativo de concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem (COFEN, 2016).

No conjunto de atendimento ao morador/paciente, ter a presença de estudantes universitários em ILPI tornou-se um subsídio para atender a demanda das necessidades de atendimento ao idoso. As atividades práticas realizadas pelos estudantes permitem a efetivação de ações que os trabalhadores das ILPI não conseguem implementar, devido ao acúmulo de tarefas, entre outros fatores (Silva & Santos, 2010). Essas atividades contribuem de forma relevante para o futuro profissional, capacitando-os nas questões gerontológica e contribuindo para melhora do cuidado prestado. Ao mesmo tempo, auxilia no desenvolvimento de competências quanto ao “saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a

aprender; saber envolver-se” (Le Boterf, 2003, p. 38).

Assim, as aulas práticas nos diversos cenários instigam e incentivam o estudante a uma autonomia crescente, com compromisso ético, humanista e social, para o exercício do trabalho inter/transdisciplinar em saúde (Brasil, 2001; 2007).

### **V Considerações Finais**

O cenário de prática proporcionou uma visão da especificidade de cuidado quanto à população ali presente, atentando-se para suas vulnerabilidades, a manutenção da capacidade funcional, a promoção da autonomia e a minimização da dependência. Foi um momento ímpar de troca de experiência intergeracional e entre os próprios estudantes, que puderam aprender e atuar enquanto futuros enfermeiros, sob supervisão direta do professor orientador.

O papel do enfermeiro em Instituições de Longa Permanência para Idosos é de extrema relevância, sobretudo quando se propõem a criação, a implementação e a manutenção do prontuário do morador, com informações sobre a individualidade de cada um, como histórico de vida pregressa e projeções de

acompanhamento no planejamento das atividades.

A cartografia desenhada em formato de relatórios e os escores produzidos pelas escalas que foram aplicadas proporcionaram um acompanhamento da evolução do morador, quanto aos aspectos da capacidade funcional e cognitiva, das relações com a família e entorno.

Ficou a preocupação da continuidade deste processo, uma vez que a maioria das Instituições de Longa Permanência para Idosos não possui o quantitativo de profissional adequado para atender as demandas ali instituídas. Do mesmo modo, a educação permanente e a educação continuada na equipe que compõe a força de trabalho no local devem ser abordados, sobretudo, no que se refere ao uso das escalas que constituem o prontuário do morador, de forma que haja análise crítico-reflexiva do ato em si, para compreensão, aplicação e continuidade do trabalho.

Ao mesmo tempo, um prontuário bem documentado e sem rasuras permite a pesquisa e a documentação das ações dos profissionais que atenderam o morador, em todos os aspectos, de forma integral, além de ser instrumento de defesa legal e um direito do morador.

### Referências

- Almeida, Osvaldo, Almeida, Shirley. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)
- Alves, Luise de Almeida Ferreira, Santana, Rosimeire Ferreira, Schulz, Renata. (2014). Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 22(3), 371-375.
- Andris, Deborah. (2006). *Semiologia: bases para a prática assistencial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, Alba Lucia Botura Leite, organizadores. (2008). *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. Porto Alegre: Artmed.
- Bergstrom, Nancy, Braden, Barbara, Laguzza, Antoinette, & Holman, Victoria. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-198707000-00002>
- Bitencourt, Grazielle Ribeiro, Alves, Luise Alvez Ferreira, Santana, Rosimeire Ferreira. (2018). Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 343-9. Acessado em: 30 de maio de 2019, de <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>>. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 19. Acessado em: 26 de abril de 2019.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)



IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2005). *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº283, de 26 de setembro de 2005*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Acessado em: 26 de abril de 2019, de

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_283\\_2005\\_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df)

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2003). *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Acessado em: 26 de abril de 2019, de

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. (2001). *Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001*. Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Acessado em: 22 de maio de 2019, de

<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/sites/sisapidoso.icict.fiocruz.br/files/normasdefuncionamentodeservicosdeatencaoaoaidosonobrasil.pdf>

Brucki, Sonia, Nitrini, Ricardo, Caramelli, Paulo, Bertolucci, Paulo, Okamoto, Ivan. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

Camarano, Ana Amélia, Kanso, Solange. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(1), 233-235. Acessado em: 26 de abril de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>.

<https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2017). *Resolução COFEN 543/2017*. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

Brasília, DF: COFEN. Acessado em: 26 de abril de 2019, de

<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2016). Resolução COFEN 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo

Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico  
Brasília, DF: COFEN. Acessado em: 22 de maio de 2019, de  
[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2\\_39205.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html)

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2009). *Resolução COFEN n. 358/2009*. 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, e dá outras providências. Brasília: COFEN. Acessado em: 26 de abril de 2019, de [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)

Conselho Federal de Medicina (CFM). (2002). *Resolução CFM n° 1638/2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União. Acessado em: 26 de abril de 2019, de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm)

Cruz-Jentoft, Alfonso, Baeyens, Jean Pierre, Bauer, Jürgen, Boirie, Yves, Cederholm, Tommy, Landi, Francesco, et al. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 39: 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>.

Domingues, Marisa Accioly. (2000). *Mapa Mínimo de Relações*: adaptação de um instrumento gráfico para a configuração da rede de suporte social do idoso. Dissertação. São Paulo; USP.

Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira, Andrade, Claudia Laranjeiras, Lebrão, Maria Lúcia. (2007). Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 317-325. Acessado em: 26 de abril de 2019, de [http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indexe\\_de\\_Katz\\_na\\_avaliacao\\_da\\_funcionalidade.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indexe_de_Katz_na_avaliacao_da_funcionalidade.pdf). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.

Folstein, Marshal, Folstein, Susan, Mchugh, Paul. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

- Freitas, Elizabete Viana, Mohallem, Kalil Lays, Gamarski, Roberto, Pereira, Silvia Regina Mendes. (2014). *Manual prático de geriatria*. Rio de Janeiro: A.C. Farmacêutica.
- Freitas, Elizabete Viana, Pu, Lúgia. (2017). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fried, Linda, Tangen, Catherine, Waltson, Jeremy, Newman, Anne, Hirsch, Calvin, Gottdiener, John, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, M146-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.
- Gonçalves, Daniel Maffasioli, Stein, Airton Tetelbon, Kapczinski, Flavio. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-90. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>.
- Guigoz, Yves, Vellas, Bruno, Garry, Philip. (1994). Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 2, 15-59.
- Falsarella, Gláucia Regina, Gasparotto, Livia Pimenta Renó, Coimbra, Arlete Maria Valente. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897-910. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>.
- Jacob Filho, Wilson. (2005). *Avaliação Global do Idoso: Manual da Liga GAMIA*. São Paulo: Atheneu.
- Katz, Sidney, Ford, Amasa, Moskowitz, Roland, Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.

- Kothari, Rashmi, Pancioli, Arthur, Liu, Tiepu, Brott, Thomas, Broderick, Joseph. (1999). Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. *Annals Emergency Medicine*, 33(4), 273-278. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(99\)70299-4](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(99)70299-4).
- Lawton, Powell, Brody, Elaine. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part_1.179).
- Le Boterf, Guy. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3. ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Lourenço, Roberto Alves; Gamarski, Roberto. (2014). Sarcopenia: do diagnóstico ao tratamento. In.: Freitas, Elizabete Viana. *Manual prático de geriatria*. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica. Cap 25. p. 291-300.
- Lucchese, Roselma, Sousa, Kamilla de, Bonfin, Sarah do Prado, Vera, Ivânia, Santana, Fabiana Ribeiro. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 200-207. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>.
- Mcgee, Melissa, Jensen, Gordon. (2000). Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(1), 158. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.1.158>.
- Mello, Débora, Viera, Cláudia, Sampionato, Érica, Biasoli-Alves, Zélia, Nascimento, Lucila. (2005). Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento*, 15(1), 78-89.
- North American Nursing Association (NANDA). (2013). *Definições e classificações 2012-2014*. Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão técnica: Alba Lucia Leite de Barros. Porto Alegre: Artmed.

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

- Nunes, Daniella Pires, Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira, Santos, Jair Lício Ferreira, Lebrão, Maria Lúcia. (2015). Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Revista de Saúde Pública*, 49(2). Acessado em: 26 de abril de 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100212&lng=en&nrm=iso).
- Paradela, Emylucy Martins Paiva, Lourenço, Roberto Alves, Veras, Renato Peixoto. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>.
- Paula, Rodolpho César Cardoso, Rodrigues, Maria Auxiliadora, Santana, Rosimere Ferreira. (2018). Dimensionamento de pessoal de enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Enfermagem em Foco*, 9(1), 25. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1813>.
- Paula, Rodolpho César Cardoso, Oliveira, Ludmila Santos, Barbosa, Bruno Ferreira do Serrado, Paula, Vieluce de Alencar Vieira, Santana, Rosimeire Ferreira, Albuquerque, Denilson Campos. (2014). Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Longa Permanência para Idosos: Proposta de número de horas. *Revista Enfermagem Profissional*, 1(2), 398-412.
- Perracini, Mônica Rodrigues. (2013). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, Elizabete Viana, Py, Ligia, Cançado, Flávio Aloisio Xavier, Doll, Johanne, Gorzoni, Milton Luiz, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. p.1311-1323.
- Porto, Celmo Celeno. (2008). “Exame clínico do idoso”. In: Porto, Celmo Celeno. *Exame clínico: bases para prática médica*. 6. ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan. p.156-165.
- Possari, João Francisco. (2010). *Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Posso, Maria Belém Salazar. *Semiologia e semiotécnica*. São Paulo: Atheneu, 2004.

- Potter, Patricia, Perry, Anne Griffin. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ribeiro, Adalgisa Peixoto, Souza, Edinilsa Ramos de, Atie, Soraya, Souza, Amaro Crispim de, Schilithz, Arthur Orlando. (2018). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>.
- Rocha, Patrícia Kuerten, Prado, Marta Lenise do, Wal, Marilene Lowen, Carraro, Telma Elisa. (2008). Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 113-116. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>.
- Santiago, Livia Maria, Luz, Laércio Lima, Mattos, Inês Echenique, Gobbens, Robert. (2012). Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1795-801. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900018>.
- Santos, Silvana Sidney Costa, Silva, Bárbara Tarouco, Barlem, Edison Luiz Devos, Lopes, Russiele da Silva. (2008). O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2(2), 291-299. <https://doi.org/10.5205/reuol.351-11415-1-LE.0203200812>.
- Sena, Kamylla Guedes, Monteiro, Luiz Henrique Batista, Vera, Ivânia, Lucchese, Roselma, Lemos, Moisés Fernandes. (2017). Análise da probabilidade para transtorno mental comum entre cuidadores de idosos do sudeste goiano. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, 14(25). Acessado em: 26 de abril de 2019, de <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2017/a/sau/analise%20da%20probabilid.pdf>. [https://doi.org/10.18677/EnciBio\\_2017A120](https://doi.org/10.18677/EnciBio_2017A120).
- Serpa, Letícia Faria, Santos, Vera Lúcia Conceição de Gouveia, Campanili, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino, Queiroz, Moelisa. (2011). Validade preditiva da Escala de Braden

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1).

Silva, Bárbara Tarouco, Santos, Silvana Sidney Costa. (2010). Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 775-781. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600010>.

Smilkstein, Gabriel. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Sousa, Francisca Georgina Macedo, Figueiredo, Maria do Céu Aguiar Barbieri, Erdmann, Alacoque Lorenzini. (2010) Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 1(1), 60-63.

Sthal, Hellen Cristina, BertiI, Heloisa Wey, Palhares, Valéria Castilho. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização de atividades básicas de vida diária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 59-67. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100007>

Tamanini, José Tadeu Nunes, Dambros, Miriam, D'Ancona, Carlos Arturo Levi, Palma, Paulo César Rodrigues, Netto Júnior, Nelson Rodrigues. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 438-444. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>.

Tinetti, Mary, Williams, Franklin, Mayewski, Raymond. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *American Journal of Medicine*, 80, 429-434. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90717-5](https://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90717-5).

Torres, Gilson Vasconcelos, Reis, Luciana Araújo dos, Fernandes, Marcos Henrique. (2009). Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(2), 12-17.

- Vera, Ivania, Lucchese, Roselma, Nakatani, Adélia Yaeko Kyosen, Sadoyama, Geraldo, Bachion, Maria Márcia, Villa, Vanessa da Silva Carvalho. (2015a). Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(2), 494-504. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001602014>.
- Vera, Ivania, Lucchese, Roselma, Nakatani, Adélia Yaeko Kyosen, Pagotto, Valeria, Montefusco, Selma Rodrigues Alvez, Sadoyama, Geraldo. (2015b). Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 68-75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680110p>.
- Vera, Ivania, Lucchese, Roselma, Munari, Denize Bouttelet, Nakatani, Adélia Yaeko Kyosen. (2014). Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 199-210. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>.
- Yesavage, Jerome, Brink, Thomas, Rose, Terence, Lum, Owen, Huang, Vera, & Adey, Margaret Leirer Von. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Zarit, Steven, Zarit, J.M. (1983). *The memory and behaviour problems checklist and the burden interview*. Technical report. Pennsylvania: Pennsylvania State University.
- As autoras**
- Ivânia Vera**, Enfermeira. Prof. Associada IBiotec/UFG/RC. docente no Programa de mestrado Gestão Organizacional. E-mail: [ivaniavera@gmail.com](mailto:ivaniavera@gmail.com)
- Kamylla Guedes de Sena** possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão (UFG/RC) (2018). Mestranda em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão. E-mail: [kguedesdesena@gmail.com](mailto:kguedesdesena@gmail.com).
- Maria de Lourdes Silva** graduada em Enfermagem. E-mail: [lourdesenf.ml@gmail.com](mailto:lourdesenf.ml@gmail.com)
- Victoria Vaz da Costa Estrela Simão** é Pós-Graduada em Unidade de Terapia Intensiva pela Pontífice Universidade Católica/GO (2016-2017). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão (2011-2015). E-mail: [victoria-vc@hotmail.com](mailto:victoria-vc@hotmail.com)



IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO MORADOR DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA  
PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Roselma Lucchese** é Enfermeira. Doutora em Enfermagem/EEUSP. Docente no programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás. Prof. titular na UFG - Regional Catalão.  
E.mail: [roselmalucchese@hotmail.com](mailto:roselmalucchese@hotmail.com)

**Recebido em:** 15/02/2019.

**Aprovado em:** 20/06/2019.