



PESQUISA

STRATEGY FOR INNOVATION IN THE TEACHING OF NURSING IN THE HOME CARE FOR THE ELDERLY

ESTRATÉGIA DE INOVAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR A IDOSAS*

ESTRATEGIA PARA LA INNOVACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA PERSONA ANCIANA

Maria Teresa Cicero Lagana¹, Fernanda Aparecida Soares Malveira², Jácia Kaline Ferreira de Melo³, Rafael Tavares Silveira Silva⁴, Rafaela Fernandes de Carvalho⁵, Ana Michele de Farias Cabral⁶

ABSTRACT

Objective: To provide undergraduate students with the experience of the expanding of the scope of primary health care in activities of home care, introducing complex care activities of home care, for the understanding of the interfaces of the Health Care System. **Methods:** A report of experience in nursing education with case study, application of NANDA and Calgary Model. **Results:** The home care is an important tool of technology for access to families and nursing care system in the context of the public policies of health care to the elderly. **Conclusion:** The primary home care co-existed with complex nursing care and is imperious the expansion of the Family Health Strategy with the constitution of teams for activities of home care, different from family health teams, but in the context of primary care, according to the social demands emerging. **Descriptors:** Geriatric nursing, Old age assistance, Health services for the aged, Caregivers.

RESUMO

Objetivo: Proporcionar aos estudantes a ampliação do escopo da Atenção Básica para além das atividades de assistência domiciliar, introduzindo atividades de internação domiciliar, para a compreensão das interfaces do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Relato de experiência no ensino de graduação em enfermagem com estudo de caso, aplicação da NANDA e do Modelo Calgary. **Resultados:** A assistência domiciliar é importante ferramenta de tecnologia de acesso à família e de sistematização da assistência de enfermagem no contexto das políticas públicas de atenção à saúde do idoso. **Conclusão:** na assistência domiciliar os cuidados primários co-existiram com cuidados complexos e é imperiosa a expansão da Estratégia Saúde da Família com a constituição de equipes para atividades de internação domiciliar, diferentes das equipes de saúde da família, mas no âmbito da Atenção Básica, dadas as demandas sociais emergentes. **Descritores:** Enfermagem geriátrica, Assistência a idosos, Serviços de saúde para Idosos, Cuidadores.

RESUMEN

Objetivo: Proporcionar a los estudiantes la ampliación del alcance de la atención primaria de salud, con actividades de atención domiciliar con cuidados de enfermería complejos para la comprensión de las interrelaciones en el Sistema Único de Salud. **Métodos:** Informe de experiencia en la enseñanza de enfermería con estudio de casos, la aplicación de la NANDA y del modelo Calgary. **Resultados:** La atención domiciliar es una herramienta importante de tecnología para el acceso a la familia y a la atención de enfermería en el contexto de las políticas públicas de atención sanitaria a los ancianos. **Conclusión:** en la atención domiciliar la atención primaria co-existieron con cuidados complejos y es imperioso la expansión de la Estrategia de la Salud de la Familia con la constitución de equipos de salud para actividades de cuidados domiciliarios, diferente de los equipos de salud familiar, pero en el contexto de la atención primaria, habida cuenta de las demandas sociales emergentes. **Descriptor:** Enfermería geriátrica, Asistencia a los ancianos, servicios de salud para ancianos, Cuidadores.

*Grupo de pesquisa Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva, linha enfermagem na saúde mental e saúde coletiva da UFRN.

¹Enfermeira. Professor doutor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: laganateresa@gmail.com. Endereço: Rua Francisco Gurgel, 9048/16 Bairro: Ponta Negra. CEP: 059090-050. Natal - RN, Brasil. ²Graduanda do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista PIBIC/UFRN. Brasil. E-mail: fernanda_malveira@yahoo.com.br. ³Graduanda do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Monitora do PET-Saúde. Brasil. E-mail: jacia_amorezinha@hotmail.com. ⁴Graduando do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Extensão/UFRN. Brasil. E-mail: rtssrafa@yahoo.com.br. ⁵Graduanda do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: rafaela.fernandes1@hotmail.com. ⁶Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria de Ação Social do Município de Parnamirim. E-mail: anamichiefarias@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações tem ocorrido de forma acelerada. Porém, nem sempre o aumento da expectativa de vida dos brasileiros tem se relacionado às melhorias significativas em suas condições de vida e saúde, devido ao contexto de acentuada desigualdade social, pobreza, incertezas das instituições e alta prevalência de doenças crônicas incapacitantes. Essa realidade aumenta as responsabilidades sobre a família, o sistema de saúde e a sociedade.¹⁻³

Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o grupo de mais de 60 anos atingirá a cifra de 64 milhões de pessoas em 2050, com a feminilização da velhice, ou seja, entre 100 idosas haverá 76 idosos.⁴

Em menos de 40 anos o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, que implicam em um maior número de problemas de longa duração, acarretando despesas de tratamentos e hospitalares que vem desafiando as autoridades sanitárias no que tange à implantação de novos modelos assistenciais e métodos de planejamento e gerência.⁵⁻⁸

Diante desse panorama, o Ministério da Saúde (MS)⁶ estabeleceu políticas de proteção social e de implantação de processos de mudança dos modelos assistenciais, propondo um conjunto de ações realizadas por equipe interdisciplinar no domicílio da pessoa idosa com incapacidades, de maneira a promover a manutenção e a melhoria de sua capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daquelas que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem.⁶⁻⁸

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

A atenção domiciliar, portanto, é uma alternativa de cuidado para as pessoas idosas considerando-se a demanda crescente de pessoas portadoras de doenças crônicas e incapacitantes que dificultam a deambulação e o acesso às consultas, a reintegração do idoso no núcleo familiar, bem como o apoio e a maior aproximação da equipe de saúde com a família, contribuindo para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos.⁶

Entretanto, há limitações na operacionalização e no fortalecimento de novos modelos assistenciais, como o da atenção domiciliar, que ainda precisam ser superadas, como: financiamento insuficiente⁷⁻⁹; atenção primária crescente, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária⁷⁻⁹; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual⁹; eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado⁸⁻¹⁰; persistente dificuldade de se concretizar as relações de referência e contra-referência⁸⁻⁹; tensão permanente entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea^{8,9,11}; descontinuidade da atenção especialmente no controle das doenças crônicas^{2,5,10}; restrição ao acesso à atenção especializada e dificuldades para efetivar o trabalho em equipe¹⁰⁻¹¹, e, finalmente, não reconhecimento, pelos profissionais de saúde, do potencial de inovação da atenção domiciliar na promoção da integralidade e da humanização do cuidado ao idoso.^{10, 12}

O potencial de inovação reside na introdução de uma novidade em um ambiente de trabalho como instrumento de agregação de novas funcionalidades ou características de um método de produção, capaz de adequar um serviço à realidade do mercado e inserido no processo de trabalho da enfermagem para uso durante a

Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF *et al.*

Strategy for innovation in...

prática profissional e para contribuir na construção de políticas públicas.¹³

No presente estudo a inovação consistiu em realizar a tecnologia de atenção domiciliar como uma alternativa de desinstitucionalização de práticas de enfermagem que tradicionalmente seriam desenvolvidas em ambientes hospitalares pelos estudantes, com o foco no fortalecimento da assistência domiciliar, no âmbito da Atenção Básica e não na internação domiciliar, no âmbito dos sistemas de referência hospitalares.

METODOLOGIA

Conceitualmente a atenção domiciliar integra as modalidades assistência domiciliar e internação domiciliar.^{3,6,7,10}

A assistência domiciliar “é inerente ao processo de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que devem estar organizadas para acolher as necessidades de saúde do indivíduo idoso que precisa de atendimento no domicílio”^(6:125).

A internação domiciliar é o “conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, atendidas por equipe específica [ligada a um hospital]”.^{6:125}

O atendimento domiciliar está implícito na prática da assistência domiciliar e da internação domiciliar e compreende: “Uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente os quais vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas”.^{7: 987}

Infelizmente a atenção domiciliar, embora amparada por leis e regulamentações específicas no SUS, tem mostrado que ainda é pouco voltada a atender o desenvolvimento de projetos político-sanitários, de desenvolvimento institucional e de comunidades.^{11,12}

Sob essa ótica idealizou-se uma estratégia de inovação no ensino de enfermagem na assistência domiciliar de modo a ampliar o escopo do modelo assistencial centrado na estratégia saúde da família, a partir da ênfase sobre a promoção à saúde, para o modelo assistencial centrado nas necessidades de saúde, com ênfase sobre as interfaces entre os diferentes níveis de atenção, não só a básica, mas a especializada, a hospitalar e a de urgência considerando-se a morbidade acumulada da população idosa.^{3,6,9,10}

Para a operacionalização da estratégia elegeu-se o estudo de caso para ser aplicado a duas idosas e suas cuidadoras, idealizando-se o formulário: “Processo de enfermagem e guia de entrevista com o cuidador do idoso” adaptado das diretrizes do Ministério da Saúde⁶ para dar subsídios conceituais e de planejamento da assistência domiciliar aos estudantes.

O referido formulário continha informações sobre dados sócio-demográficos e condições de vida do idoso, caracterização da doença e histórico de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas, diagnósticos de enfermagem na taxonomia NANDA e caracterização do cuidador e da rede de apoio familiar e social conforme o Modelo Calgary.

O Modelo Calgary de avaliação e intervenção familiar trata de uma estrutura multidimensional baseada em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional das famílias. O modelo possui etapas que expressam as fases do processo de

enfermagem e, embora não adote um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, ele é coerente com a taxonomia NANDA, uma vez que nele também está previsto o julgamento clínico das respostas das famílias aos problemas reais e potenciais, identificando vínculos nos relacionamentos familiares e mostrando as redes de apoio social e as funções que seus membros desempenham no cotidiano da família como um todo.^{6,14-15}

Objetivou-se, então, que os estudantes vivenciassem a ampliação do escopo da Atenção Básica, para além das atividades de assistência domiciliar, introduzindo atividades de internação domiciliar, com cuidados complexos a idosas acamadas e identificação de suas redes de apoio familiar e social, para a compreensão das interfaces do Sistema Único de Saúde (SUS).

O ensino teórico-prático do curso de enfermagem é realizado em serviços de saúde conveniados à universidade e incluiu ações assistenciais nas quais há o consentimento implícito dos estudantes, docentes, famílias e profissionais da equipe. Por se tratar de experiência de ensino não houve necessidade da formalização do procedimento de consentimento livre e esclarecido e enfatizou-se aos estudantes a observância do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução MS/196, especialmente nos aspectos relativos à privacidade, ao sigilo e à não identificação das instituições e atores envolvidos.

A disciplina Estágio Integrado II: atenção básica e saúde da família, oferecida aos estudantes no quinto período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) contava com 225 horas e foi organizada em grupos de quatro a cinco estudantes, em sistema de rodízio, onde os grupos vivenciaram experiências na área da Atenção Básica, em diferentes modalidades de serviços.

A experiência ocorreu numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Natal sem estratégia de saúde da família (ESF) implantada, mas com o Programa de Agentes Comunitários (PAC) ativo e reconhecido pela comunidade. O planejamento da disciplina na UBS em questão previa que o grupo de estudantes desenvolvesse um estudo de caso com a aplicação do processo de enfermagem e do Modelo Calgary a uma ou mais famílias da área de cobertura do PAC.

Essa UBS é um dos recursos de saúde do distrito sul da cidade de Natal que realiza atendimentos de Atenção Básica à população, de forma não programada. A assistência é prestada por enfermeiros, médicos generalistas, pediatras, ginecologistas, psicólogo e assistente social, oferecendo serviços de apoio diagnóstico, assistência odontológica, vigilância à saúde e PAC.

Os sujeitos do estudo de caso foram duas senhoras idosas acamadas portadoras de enfermidades incapacitantes e suas respectivas cuidadoras. A primeira idosa era portadora de epilepsia, com 85 anos, tendo como cuidadora uma de suas filhas e, a segunda idosa, era portadora da Demência de Alzheimer, com 75 anos, tendo como cuidadora também uma de suas filhas. Ambas residentes na área de cobertura do PAC da UBS.

Inicialmente as agentes comunitárias de saúde do PAC providenciaram a relação de idosos acamados em acompanhamento pela UBS que deveriam ser vacinados em domicílio durante a campanha de vacinação dos idosos contra Influenza Sazonal e Influenza A em junho de 2010 e acompanharam os estudantes na localização geográfica dos domicílios. Vacinados os idosos, os estudantes selecionaram, por conveniência, as duas senhoras que seriam objeto dos estudos de caso, agendando-se com as famílias a data que os estudantes retornariam para novos atendimentos domiciliares. Os prontuários-família das idosas

foram consultados pelos estudantes na UBS previamente ao atendimento domiciliar.

Com o intuito de se estabelecer a assistência domiciliar adequada às idosas, os estudantes realizaram dois atendimentos domiciliares além do primeiro, destinada à imunização das idosas e caracterizada como a de entrada no campo.

Durante a aplicação do formulário pelos estudantes no contexto do domicílio, procedeu-se à orientação das respectivas cuidadoras sobre os cuidados necessários às idosas acamadas, de modo a proporcionar aos estudantes o desenvolvimento de habilidades de planejamento, de avaliação e de educação à saúde, ou seja, a incorporação do modelo clínico-epidemiológico no âmbito da Atenção Básica.

Com os dados obtidos dos prontuários-família das idosas e dos formulários de coleta de dados em atendimentos domiciliares, os estudantes formularam as necessidades humanas básicas afetadas; os diagnósticos e as intervenções de enfermagem; o genograma e o ecomapa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

RESULTADOS DOS ESTUDOS DE CASO

As Figuras 1 e 2 mostram o resultado dos estudos de caso das idosas S.M.C. e I.C.L.

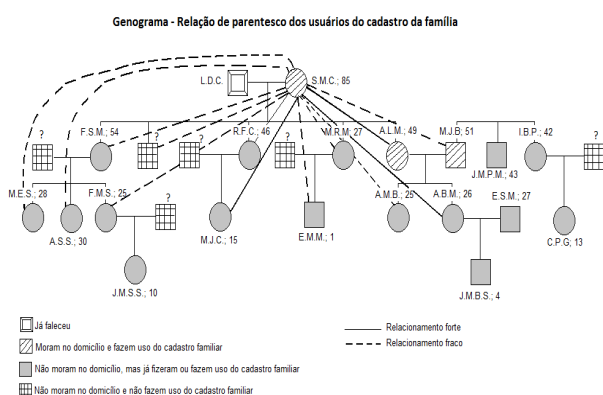


Figura 1 - Estudo de caso 1: histórico de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas, diagnósticos NANDA, características do cuidador familiar, genograma e ecomapa da idosa S.M.C. Natal/RN, 2010.

Estudo de Caso 1. S.M.C. mora com três familiares em casa própria de alvenaria com cinco cômodos (três dormitórios), água encanada, energia elétrica, saneamento básico e banheiro dentro da casa com descarga. Agricultora aposentada, não possui outras fontes de renda, depende financeiramente do genro e a renda familiar é de três salários mínimos. Apresenta crises epiléticas e, durante uma das crises, suspeitou-se de acidente vascular encefálico (AVE) não confirmado por exames diagnósticos, embora já tenha sido internada previamente. Desde o provável AVE está restrita ao leito e desenvolveu úlceras por pressão em diferentes regiões anatômicas. Faz uso de drogas anti-epilética, neuroléptica e antipsicótica.

Histórico de enfermagem. Nenhum grau de escolaridade; 85 anos; viúva; católica; FC 83, PA 140x80, T 36,5°C; sono irregular; emagrecida; hipotonia muscular; função motora prejudicada; incontinência urinária e fecal e uso de fralda descartável; constipação; não deambula, mobilidade restrita, dependência para realização das atividades básicas de vida diária; cognição social prejudicada; não se localiza no tempo e espaço; alimentação líquida via oral por seringa; úlceras por pressão estágio I na região auricular E, e trocantérica E, e sacral em processo de cicatrização, com curativo; pele ressecada; face e conjuntivas hipocoradas; olhos com secreção; acuidade visual prejudicada; mucosa oral hipocorada; ausência de dentes; ressecamento nos lábios; MMSS e MMII com rigidez articular; tremores; mobilidade e força diminuídas; musculatura hipotrófica; pés edemaciados.

Necessidades humanas básicas afetadas. Hidratação; nutrição; eliminação intestinal e urinária; sono e repouso; exercícios e atividades físicas; integridade cutânea; regulação neurológica; locomoção; percepção auditiva, tátil, visual, olfativa, gustativa e dolorosa;

Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF *et al.*

Strategy for innovation in...

comunicação; regulação imunológica; gregária; espiritual.

Diagnósticos NANDA. Déficit de autocuidado; enfrentamento individual ineficaz; risco para volume de líquidos deficiente; risco para nutrição desequilibrada; risco para aspiração; risco de deglutição comprometida; incontinência urinária e fecal; constipação colônica; distúrbio no padrão de sono; potencial para síndrome do desuso; integridade da pele prejudicada; processos mentais alterados; mobilidade física prejudicada; senso-percepção alterada; comunicação verbal e escrita comprometida; risco para interação social prejudicada; processos familiares interrompidos; maternidade prejudicada; tensão do papel da cuidadora; comunicação verbal da família prejudicada; manutenção do lar prejudicada; enfrentamento familiar incapacitado; risco para infecção; risco para infestação.

Características do cuidador familiar. A.L.M. filha e cuidadora familiar de S.M.C., 49 anos, casada; passou a morar com o marido na residência da idosa, tem duas filhas, cuja mais velha, mesmo não habitando na casa da avó, ajuda na troca de curativos. Quanto à pergunta: como é seu dia-a-dia, obtivemos como resposta: é bom, gosto de trabalhar, mas tem dia que não dá tempo para fazer nada [em casa]. Acho que minhas irmãs deviam estar aqui mais presentes, porque além de cuidar dela [S.M.C.] eu também tenho a casa pra cuidar. Hoje foi um dia que não fiz nada... Choveu ontem aí tive pena de lavar o cabelo dela [S.M.C.] aí hoje não choveu aí fui e lavei, por isso a casa tá toda bagunçada porque não deu tempo de arrumar. De noite eu durmo pouco porque de instante em instante eu vou olhar ela.

Estudo de caso 2. I.C.L. mora com seis familiares em casa própria de alvenaria com quatro cômodos (dois dormitórios), água encanada, energia elétrica, saneamento básico e banheiro dentro da casa com descarga. É doméstica aposentada, não possui outras fontes de renda, é dependente J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

financeiramente e a renda familiar é de dois salários mínimos. Apresentava queixas recorrentes de cefaleia e tontura, quando foi diagnosticada com hipertensão arterial sistêmica (HAS), tendo feito uso de várias medicações para HAS. Há cinco anos foi detectado aneurisma cerebral; sofreu acidente vascular encefálico (AVE), que, 8 meses depois, resultou em perda de memória. Atualmente, segue com sequelas do AVE e foi diagnosticada com Demência de Alzheimer. Faz uso de ácido acetilsalicílico.

Histórico de enfermagem. Nome: I.C.L., 75 anos, viúva, católica; baixo grau de escolaridade; FC 73, PA 150x100, FR 22, T 36,7°C; obesa; musculatura hipotônica; função motora prejudicada; atrofia muscular; incontinência urinária e fecal, com uso de fralda descartável; não deambula sem ajuda, mobilidade restrita, dependência para realização das atividades básicas de vida diária; cognição social prejudicada; pouco interage verbalmente; não se localiza no tempo e espaço; alimentação pastosa via oral; sonolenta; dentição incompleta; saliva grossa esbranquiçada; abdome globoso com obesidade centrípeta; pouca tonicidade e amplitude de movimentos.

Necessidades humanas básicas afetadas. Nutrição; exercícios e atividades físicas; integridade cutânea; regulação neurológica; locomoção; percepção auditiva, tátil, visual, olfativa, gustativa e dolorosa; eliminação urinária e intestinal; gregária; espiritual; comunicação.

Diagnósticos NANDA. Déficit de autocuidado; enfrentamento individual ineficaz; risco para nutrição desequilibrada; risco para aspiração; incontinência urinária e fecal; constipação colônica; distúrbio no padrão de sono; potencial para síndrome do desuso; integridade da pele prejudicada; processos mentais alterados; mobilidade física prejudicada; senso-percepção alterada; comunicação verbal e escrita comprometida; risco para interação social prejudicada; processos familiares interrompidos;

Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF *et al.*

Strategy for innovation in...

maternidade prejudicada; tensão do papel da cuidadora; comunicação verbal da família prejudicada; manutenção do lar prejudicada; enfrentamento familiar incapacitado; risco para infecção; risco para infestação.

Características do cuidador familiar. M.G.S., filha e cuidadora de I.C.L., 58 anos, casada; reside em sua casa com seu esposo e seus dois filhos, porém passa a maior parte do dia na casa da mãe que fica próxima a sua residência. Além da sua mãe, já havia cuidado de outras pessoas doentes da família. É obesa. Quanto à pergunta: como é seu dia-a-dia, obtivemos como resposta: tenho dor nos ossos, principalmente na coluna, porque, às vezes, tenho que carregar a mãe sozinha, por que o resto da família não tem muito cuidado com ela [a idosa]. Reclamou também de dor de cabeça e dor no olho esquerdo; não estou cuidando da saúde porque não tenho tempo de ir à UBS. Durmo mal, pois fica preocupada com a mãe porque não durmo na casa dela, mas cuido dela com muito amor e carinho.

complexos, que demandavam atenção contínua e permanente. A incapacidade funcional é um dos principais problemas decorrentes do envelhecimento humano, havendo íntima associação entre doenças crônicas e diminuição da capacidade funcional nos idosos.^{6,16} Estudo sobre o perfil de pacientes com perdas funcionais e dependência atendida pelo PSF no município de São Paulo verificou predominância de mulheres idosas, com incapacidades leves e que requeriam cuidados de menor complexidade, principalmente relacionadas à hipertensão, diabetes mellitus e senilidade, compatíveis com a Atenção Básica, embora, nas faixas etárias mais elevadas, notou-se crescimento da complexidade do cuidado requerido para oxigenoterapia, úlcera por pressão, algum tipo de sonda e traqueostomia.¹⁶

As doenças crônico-degenerativas que acometem os idosos implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. As mais comuns, ou seja, hipertensão; acidente vascular cerebral; insuficiência cardíaca; doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer; fraturas; amputações; artroses; cegueira provocada pelo diabetes; transtornos de depressão e ansiedade; demências, em especial a de Alzheimer, acometem 80% das pessoas acima de 65 anos e 10% delas possuem, no mínimo, cinco dessas patologias. Aos 75 anos os idosos apresentam, em média, seis dessas condições crônicas que podem levá-los a uma limitação na capacidade de desempenhar as atividades básicas da vida diária.^{3, 5,16, 17,18}

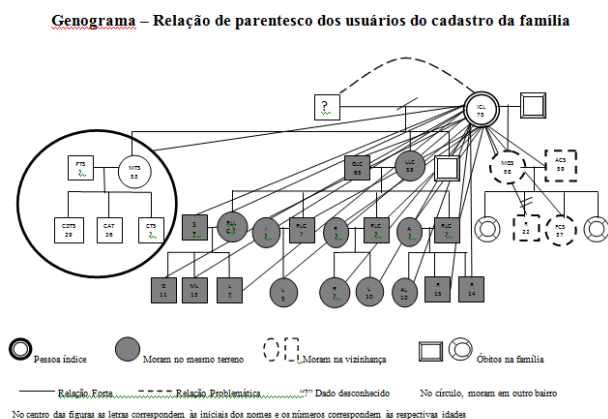


Figura 2 - Estudo de caso 2: histórico de enfermagem, necessidades humanas básicas afetadas, diagnósticos NANDA, características do cuidador familiar, genograma e ecomapa da idosa I.C.L. Natal/RN, 2010.

As Figuras 1 e 2 mostram que as idosas dos estudos de caso apresentaram incapacidades funcionais para a realização das atividades básicas da vida diária e, portanto, inúmeras necessidades humanas básicas afetadas com consequentes agravos físicos e diagnósticos de enfermagem

Epilepsia e demências são comuns em pacientes idosos e a sobreposição entre as duas condições é considerável.⁶ A epilepsia crônica pode resultar em declínio cognitivo devido ao não controle das crises, à anormalidades neurobiológicas subjacentes e aos efeitos adversos das drogas antiepiléticas.^{6,19}, quadro apresentado pela idosa do estudo de caso I, S.M.C.

Além da prevalência das condições crônicas que levam à diminuição da capacidade funcional

nos idosos, a própria fisiologia do envelhecimento contribui para elevar o risco de desenvolver úlceras por pressão, afetando todos os estágios da cicatrização, independentemente das comorbidades que, por si mesmas, também interferem no processo de reparação tecidual.¹⁶

Os idosos constituem importante grupo de risco para complicações vasculares relacionadas à hipertensão e 85% dos acidentes vasculares encefálicos ocorre nesta população, sendo uma das principais causas de dependência funcional, além de levar a complicações relevantes, como incontinência urinária, disfagia, depressão e dor crônica¹⁶⁻¹⁷

Os déficits cognitivos resultantes de acidente vascular encefálico podem comprometer a capacidade da pessoa se concentrar, diminuir o nível de atenção e ocasionar a perda da memória de curtos ou longos períodos.⁶ Além disso, os idosos que fazem uso de benzodiazepínicos apresentam menor energia no dia a dia, maior dificuldade de locomoção, mais dificuldades com o sono e dificuldades nas atividades básicas da vida diária¹⁹, como pudemos observar na idosa do estudo de caso 2, I.C.L.

Os genogramas e os ecomapas representados nas Figuras 1 e 2 mostram a conformação e as relações familiares das idosas S.M.C. e I.C.L. (pessoas índices). Na construção do genograma e do ecomapa utilizou-se o conceito de família ampliada como aquela composta pela família nuclear que se soma a outros parentes diretos, ou seja, pessoas que tenham laços de parentesco e também os não parentes que coabitam com a pessoa índice.¹⁴

Na Figura 1 o genograma e o ecomapa mostram as relações familiares da idosa índice S.M.C. A idosa índice é viúva e tem cinco filhos. Mora com a filha A.L.M., sua cuidadora, casada com M.J.B. A idosa índice, a filha cuidadora e seu marido constituem-se na família nuclear. Nas

quatro gerações representadas como família ampliada, estão incluídos os demais filhos, netos e bisnetos de S.M.C. A idosa índice tem forte relação com duas filhas, uma delas sua cuidadora, e duas netas, descritas pelas linhas contínuas. Com os demais membros da família ampliada mantém fraca relação, representada pelas linhas tracejadas, mostrando uma menor rede de apoio familiar em relação ao estudo de caso 2.

Na Figura 2 o genograma e o ecomapa mostram as relações familiares da idosa índice I.C.L. Ela é viúva e tem quatro filhos. Mora com uma das filhas, mas sua cuidadora, L.L.C., mora com o marido e três filhos em outra casa. A idosa índice, uma das filhas com o marido e outros quatro familiares constituem-se na família nuclear, habitando a mesma casa, no entanto, os demais membros das quatro gerações da família ampliada co-habitam em construções anexas no mesmo terreno da casa de I.C.L. A idosa índice I.C.L. mantém relações muito fortes com duas de suas filhas e duas netas, descritas pelas linhas contínuas e mantém uma numerosa rede de apoio familiar igualmente forte com todos os parentes listados no genograma, que se mantêm presentes, embora sem prestar cuidados.

Observa-se que as idosas S.M.C. e I.C.L., respectivamente, com 85 e 75 anos, são, ambas, longevas. A longevidade influencia o estado marital dos idosos, onde há uma predominância de viúvas na população mais envelhecida⁴, situação das idosas dessa experiência.

S.M.C. e I.C.L. embora professem a religião católica, não mais participam de atividades religiosas rotineiramente, mas sabe-se que práticas e crenças religiosas parecem contribuir para o bem-estar na velhice, sobretudo pela rede de apoio social e pelos modos de lidar com o estresse, embora ainda faltem estudos que revelem de maneira dinâmica as possíveis relações

Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF *et al.*

Strategy for innovation in...

entre qualidade de vida em idosos e religiosidade.¹⁹

Quanto ao grau de instrução, S.M.C. e I.C.L. apresentam, respectivamente, nenhum e baixo grau de escolaridade. A pouca escolaridade do idoso somada a variáveis que denotam baixo nível socioeconômico e qualidade precária de acompanhamento o torna mais vulnerável a internações evitáveis; piores condições de saúde; pior percepção da saúde; interrupção de atividades por problemas de saúde; permanência no leito; pior função física por doença crônica e menor uso de serviços de saúde.⁵⁻⁷

Essa situação é denominada de síndrome da fragilidade do idoso, definida pela dificuldade para desenvolver atividades essenciais para viver com autonomia que, além de fatores biológicos e clínicos, é determinada por fatores modificadores como: renda insuficiente, baixo nível de escolaridade, ausência de rede de suporte social e estilo de vida, condição que pode ocorrer entre 10 e 25 % dos idosos acima de 65 anos e em 46% acima de 85 anos que vivem na comunidade.^{6,20}

Particularmente entre as mulheres idosas há uma significativa ocorrência de morar em domicílio com filhos ou parentes para seus cuidados nas atividades básicas de vida diária, para consultas ao médico, nas internações e quando há dificuldades de mobilidade física, favorecendo um componente subjetivo de proteção contra a solidão e a insegurança. Desse modo, a atenção domiciliar envolve principalmente os componentes da família, pois ela é a principal fonte de cuidados para o idoso em situação incapacitante, predominando como uma alternativa para o suporte informal.^{5,11}

Sob o ponto de vista dos cuidadores, o perfil do cuidador informal de idosos costuma ser do sexo feminino, filha ou esposa (muitas vezes idosa) que, com frequência, divide esta atividade com seus afazeres diários.^{5,7} Os relatos das cuidadoras, conforme as Figuras 1 e 2, J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

evidenciaram a desgastante tarefa de repetitividade diária incessante, com sobrecarga de atividades no cotidiano, sendo, quase sempre, uma atividade solitária e sem descanso, que pode levar a um isolamento afetivo e social. O cuidador enfrenta rupturas de vínculos, tem sua saúde deteriorada, não tem férias, tem baixa participação social e, muitas vezes, tem que administrar divergências entre os membros da família.⁶

Pôde-se verificar que, sob o ponto de vista da UBS, existiram limitações a serem enfrentadas na assistência domiciliar. A primeira referiu-se ao fato de que a equipe de saúde atendia precariamente às solicitações das agentes comunitárias de saúde do PAC para o acompanhamento das idosas no domicílio, porque os recursos humanos eram escassos e o serviço não estava estruturado conforme o modelo ESF.

Outra limitação foi relativa às necessidades humanas básicas afetadas das idosas que geraram diagnósticos de enfermagem complexos, mas que poderiam ter sido evitados com intervenções de cuidados primários precoces da equipe de saúde da UBS, como controle da pressão arterial, controle da hipertensão arterial, prevenção de úlceras por pressão e controle clínico das alterações próprias do envelhecimento. De fato, ainda há elevado percentual de morbidade e internações desnecessárias por condições que poderiam ser mais bem controladas com cuidados primários na Atenção Básica.¹⁸ A não realização de controle de saúde por unidades de saúde que não possuem ESF, como é o caso da UBS em questão, é uma limitação que implicou em maior associação com a falta de vínculo das famílias com a equipe de saúde, o que impossibilitou a assistência ambulatorial e o cuidado primário.¹⁸

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar, por meio da aplicação do formulário: “Processo de

enfermagem e guia de entrevista com o cuidador do idoso” mostrou-se importante ferramenta de tecnologia de acesso à família, útil para retratar as situações de doença nas quais as idosas se encontravam e para sistematizar a assistência de enfermagem no contexto das políticas públicas da atenção à saúde da pessoa idosa⁶ e do atendimento domiciliar à saúde.¹²

Os estudos de caso mostraram que a assistência domiciliar foi possível em ambientes economicamente precários e sem ESF implantada, porém apresentou limitações relacionadas às dificuldades de se concretizar as relações de referência, de se ofertar ações programadas e continuadas de saúde e de se efetivar o trabalho em equipe. Em consequência, a falta de acompanhamento das famílias sem ESF pode ser um fator agravante para o controle de saúde de idosos numa comunidade.

Ficou claro o significado da integralidade e da humanização na saúde, pois se agregou cuidados primários, como vacinação e promoção da saúde com cuidados complexos, como o tratamento de úlceras por pressão, num trabalho conjunto com as cuidadoras, familiares e agentes comunitárias de saúde, no contexto do domicílio.

Pôde-se observar também que o atendimento domiciliar relacionado à assistência domiciliar no âmbito da Atenção Básica apresentou demanda potencial de procedimentos de enfermagem mais complexos tendo em vista diagnósticos de enfermagem encontrados como volume de líquidos deficiente, nutrição desequilibrada, deglutição comprometida, incontinência urinária e fecal, e integridade da pele prejudicada. Sob o ponto de vista do suporte familiar e social encontrou-se processos familiares interrompidos, tensão do papel da cuidadora, comunicação verbal da família prejudicada, manutenção do lar prejudicada e enfrentamento familiar incapacitado.

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

As idosas estudadas estavam na faixa etária entre 75 e 85 anos, tinham baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, estavam acamadas e fragilizadas, viviam em condições relativamente boas de moradia, mas com atividades sociais, religiosas e de controle de saúde descontinuadas e incompletas. O genograma mostrou que tinham uma rede de apoio social constituída unicamente pela família nuclear e família ampliada, em lares com mais de um residente. O ecomapa mostrou que moravam com mais de uma pessoa emocionalmente ligada a elas, sem relações interpessoais que gerassem conflitos ou dificuldades familiares. Tinham o acompanhamento de agentes comunitárias de saúde e precária participação da UBS e equipe de saúde às suas necessidades de cuidado.

Os estudos de caso mostraram também que, na assistência domiciliar prestada às idosas, os cuidados primários no sentido da prevenção e promoção à saúde co-existiram com cuidados complexos no sentido das necessidades de saúde e que é imperiosa a expansão da ESF com a constituição de equipes específicas para atividades de internação domiciliar, diferentes das equipes de saúde da família, mas no âmbito da Atenção Básica, uma vez que os idosos podem apresentar inúmeras necessidades humanas básicas afetadas e complexos diagnósticos de enfermagem que demandam preparo da equipe, bem como materiais e atendimento específicos, dadas as demandas sociais emergentes.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr RS. 2006; 28(1): 27-38.
2. Aires M, Paz AA. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da Estratégia

Lagana MTC, Malveira FAS, Melo JKF *et al.*

Strategy for innovation in...

Saúde da Família. Rev Gaucha Enferm. 2008; 29 (1): 83-9.

3. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4):825-32.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tendências demográficas – uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2010 [online]. Nov. 2010. [citado 2011 novembro 21]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm

5. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saude Publica. 2003; 19(3): 745-57.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

7. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad Saude Publica. 2004; 20 (4): 986-94.

8. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Cien Saude Colet. 2007; 12(2): 301-6.

9. Pasche DF. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Cien Saude Colet. 2007; 12(2): 312-4.

10. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008; 24 (3): 180-88.

11. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Elias E, Merhy EE. Atenção domiciliar como J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):293-303

mudança do modelo tecno-assistencial. Rev Saude Publica. 2010; 44(1): 166-76.

12. Martins SK, Lacerda MR. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. Rev Rene. 2008; 9(2): 148-56.

13. Cubas MR. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em enfermagem: a experiência da CIPE®/CIPEESC®. Rev Bras Enferm. 2009; 62(5): 745-7.

14. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JB. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009; 62 (3): 407-16.

15. Montefusco SRA, Bachion MM, Nakatani AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 72-80.

16. Duayer MF, Oliveira MCC, Gaspar JC. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4): 42-9.

17. Góis ALB. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Cien Saude Colet. 2010; 15(6): 2859-69.

18. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia saúde da família. Rev Saude Publica. 2009; 43(6): 928-36.

19. Floriano PJ, Dalgalarro P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um programa de saúde da família. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(3): 162-70.

20. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. Rev Rene. 2008; 9(2): 113-9.

Recebido em: 15/06/2012

Revisões requeridas: 18/01/2013

Aprovado em: 01/04/2013

Publicado em: 01/07/2013