

VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

Sarah Katarine Lourenço dos Santos¹
Roselma Marinho de Souza²
Carlos Jordão de Assis Silva³

RESUMO

A visita domiciliar na Atenção Básica à Saúde constitui-se numa estratégia de atenção à saúde do idoso, com o intuito de oferecer um cuidado integral, através da observação do indivíduo em seu contexto. Trata-se da descrição de uma experiência vivenciada durante as aulas práticas da disciplina Atenção Integral II - do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A partir do planejamento e consulta do Hiperdia identificou-se a necessidade de realização de visita domiciliar a um usuário idoso, residente em área adscrita de uma Unidade Saúde da Família do Distrito Oeste da cidade do Natal. Na primeira visita foram utilizados como instrumentos: a anamnese, exame físico, os testes de Katz, Lawton, e as informações da Caderneta da Pessoa Idosa, que permitiram ter uma avaliação inicial do idoso e sua condição de vida e saúde. Assim, identificaram-se como diagnósticos de enfermagem: Síndrome do Idoso Frágil, Nutrição desequilibrada, Incontinência Urinária, Mobilidade Física Prejudicada e Dor Crônica. Tais diagnósticos, após pactuados com a equipe de saúde e o usuário, foram direcionados na segunda visita para as intervenções de enfermagem: encaminhamento para consulta médica e para fisioterapia, orientações sobre tabagismo, incentivo à participação no grupo de idosos, e realização de testes rápidos, com vistas ao seu atendimento integral. As visitas possibilitaram a compreensão da importância dessa atividade na aproximação da realidade social e vínculo com o usuário, além disso, como uma tecnologia de cuidado essencial à pessoa idosa, contribuindo também para consolidação da atuação do enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do idoso, Visita domiciliar, Enfermeiras de Saúde da Família.

¹Graduanda pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do norte - UFRN, sarahklourenco@gmail.com;

²Graduanda pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do norte - UFRN, rosagaldino16@gmail.com;

³ Enfermeiro. Mestrando do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, carlosjrdao@gmail.com;

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma realidade mundial, e particularmente no Brasil, acontece de forma acelerada. Estima-se para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Tal aumento populacional de idosos implica fortemente em mudanças nas políticas sociais, particularmente, voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro de maneira que o tempo o torne menos capaz de produzir a homeostase frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 2009).

Esse processo deve ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada através da Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde da dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, tendo como referência a rede de atenção serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

A rede de atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a Atenção Básica, seja por demanda espontânea, ou por busca ativa, tendo a visita domiciliar como uma ferramenta tecnológica do cuidado em saúde que possibilita a formulação diagnóstico ampliado da situação de saúde da pessoa idosa e sua família. Essa situação de saúde é influenciada por diversos fatores, tais como o ambiente onde se vive, a relação entre profissional de saúde, a pessoa idosa e a família/cuidador, hábitos de vida, além características intrínsecas como predisposição genética para determinadas doenças (ANDRADE ET AL, 2014).

Segundo Andrade e seus colaboradores (2014), a Visita domiciliar (VD) constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Sendo considerada uma atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família.

A VD é considerada como uma estratégia para rastrear e monitorar pessoas idosas em situação de risco de adoecimento, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2006). Trata-se de um importante articulador de processo de promoção da saúde e das respostas dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito das necessidades de saúde da população idosa brasileira.

O cuidado por meio da VD acontece in loco, fornecendo subsídios para a equipe de saúde, permitindo o aprofundamento do conhecimento da realidade do seu território, do contexto de vida dos usuários e suas condições de habitação, entre outros aspectos referentes às dinâmicas familiar e comunitária, o que contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Historicamente, consagrou-se como um instrumento de grande valia utilizado dentre as intervenções de enfermagem de saúde pública nas ações relativas aos cuidados prestados às famílias e à comunidade.

Segundo Ferreira (2019), a VD “É um recurso utilizado no processo de educação em saúde, constituído de uma pluralidade de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde”. Neste cenário o enfermeiro, ao realizar a VD, pela sua aproximação dos familiares e cuidados, deve-se ter uma visão diferenciada sobre os processos de envelhecimento e adoecimento, possibilitando uma maior compreensão sobre o contexto domiciliar de cada paciente e o planejamento de estratégias e cuidados que melhor se adequem às necessidades de cada um (SANTOS; MORAIS, 2011).

Nesta perspectiva, faz-se necessário a reflexão sobre a utilização da visita domiciliar como tecnologia de cuidado de enfermagem à pessoa idosa na perspectiva da atenção integral à saúde. Assim, o objetivo deste estudo é descrever a experiência de ensino aprendizagem da utilização da visita domiciliar durante o processo de cuidado à pessoa idosa na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. As atividades foram vivenciadas durante as aulas práticas da disciplina Atenção Integral II – módulo Enfermagem na Atenção Básica, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Natal.

Como instrumento de coleta de dados realizou-se a consulta de enfermagem gerontogeriatría por meio utilizando a anamnese e o exame físico direcionado à pessoa idosa – Histórico de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia – além do teste de Katz e a escala de Lawton, informações contidas no prontuário.

Para o procedimento de coleta de dados foi realizado uma visita domiciliar ao usuário cadastrado na área adscrita da UBS. Nesta visita foi realizada a avaliação multidimensional, atualizada a caderneta da pessoa idosa e levantados os problemas de enfermagem. Após esse momento inicial foram construídos os Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento com a construção das intervenções, e sua posterior execução de forma conjunta com o usuário e à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma prévia para seleção de um usuário em uma consulta do Hiperdia (Hipertensão e Diabetes) foi identificada a necessidade de realização de visita domiciliar a um usuário idoso, residente em área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Oeste da cidade do Natal. A partir disso, foi realizado o planejamento da visita domiciliar com a equipe de saúde da família responsável pela área do usuário e os alunos do curso de graduação em enfermagem da UFRN e Professor. Para coleta de dados prévios também foi realizada consulta ao prontuário do usuário.

Foram realizadas duas visitas domiciliares a esse usuário idoso. Na primeira visita à sua residência foi realizada anamnese a fim de conhecer a situação biopsicossociocultural do usuário e também foi realizado o exame físico direcionado, e ainda a avaliação multidimensional da funcionalidade. Através da comunicação estabelecida entre usuário e a equipe que o visitava, foi-se procurando conquistar a confiança do usuário. Com isso,

conhecemos um pouco das relações estabelecidas com familiares, vizinhos e amigos, bem como sua vida social e seus anseios.

Na primeira visita ao chegarmos ao seu domicílio o usuário encontrava-se deitado e sozinho na casa. A princípio, encontramos um idoso sozinho em casa. Viúvo, 64 anos, relata morar sozinho, mas que suas duas filhas moram próximo. Usuário nega hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus*. Relata ser tabagista há 50 anos, com um consumo em média de 20 cigarros por dia, e ingerindo bebida alcoólica nos finais de semana. Relata vida sexual ativa, fazendo uso de preservativo nas relações.

Ao exame físico: consciente, orientado no tempo e no espaço, aparentemente sem déficit cognitivo Normocorado, pele íntegra, sem sinais de desidratação. À ausculta respiratória murmúrios vesiculares presentes diminuído em hemitórax direito, sem ruídos adventícios. À ausculta abdominal: ruídos hidroaéreos presentes. Abdômen plano, flácido e doloroso à palpação em hipocôndrio direito. Pulsos periféricos palpáveis, rítmicos e simétricos. Força muscular preservada em MMSS e MMII. Observamos visualmente e foi confirmado com o exame físico um emagrecimento considerável do usuário, principalmente comparado com os pesos anteriormente registrados no prontuário. O usuário apresentava tremor disseminado, mais aparente na região da cabeça e membros superiores, a primeiro momento acredita-se ser um tremor essencial.

Usuário relatou eliminações intestinais presentes no banheiro, uma vez ao dia, e eliminações vesicais presentes de aspecto escurecido/avermelhado. Referia dores na coluna vertebral em virtude da presença de escoliose. Relatou que por motivo da presença persistente da percepção dolorosa começou a apresentar dificuldades para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), apresentando-se choroso ao relatar essas dificuldades.

Nessa primeira visita foram utilizados ainda para colher as informações o Instrumento de anamnese e exame físico direcionado à pessoa idosa – Histórico de Enfermagem Gerontogeríatica, os testes de Katz e Lawton, as informações da Caderneta do Idoso, bem como a Taxonomia da NANDA-I (2018-2020).

Após análise dos dados levantados a partir do raciocínio clínico, crítico e reflexivo e utilização da NANDA-I, foram elencados 5 diagnósticos, sendo o diagnóstico de enfermagem prioritário: Síndrome do Idoso frágil.

Sobre o DE Síndrome do Idoso frágil, a fragilidade pode ser previsível, pois foi identificado fatores de risco modificáveis para a fragilidade pode-se atuar com as ações de

enfermagem de forma preventiva. Evidencia-se que essa condição clínica, ao ser diagnosticada precocemente pelo enfermeiro por meio do processo de enfermagem, pode ser prevenida e tratada, haja vista, evitando-se a elevação do número de idosos com fragilidade leve e moderada (CROSSETTI et al. 2018).

No que se refere como fatores de risco, significativos, que contribuem para o DE são: viver sem companheiro, morbidades preexistentes das doenças do aparelho respiratório, doenças parasitárias e infecciosas, baixo nível de escolaridade e desvantagem financeira do idoso frágil (CROSSETTI et al. 2018). Deste o idoso apresentava os fatores viver sem companheiro, doença do aparelho respiratório e desvantagem financeira.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem elencados durante a visita domiciliar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Síndrome do Idoso frágil
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
Incontinência urinária de urgência
Mobilidade física prejudicada
Dor crônica

Fonte: Autoria própria

Como intervenções de enfermagem, observado no Quadro 2, foi entregue ao idoso e preenchida na ocasião a Caderneta da Pessoa Idosa, pois o mesmo ainda não possuía, e foi orientado para que em todas as visitas à Unidade Básica a levasse com ele. O idoso foi orientado a reduzir a quantidade de cigarros consumidos ao longo do dia, para uma redução de danos. Orientamos e estimulamos a participar do grupo de idosos da UBS.

Quadro 2 – Intervenções de Enfermagem realizadas durante a segunda visita domiciliar. Natal, 2019.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Entrega e preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa;
Encaminhamento do para consulta com médico da equipe
Orientação sobre uso dos medicamentos
Solicitação de exames laboratoriais

Encaminhamento para acompanhamento com nutricionista, assistente social e fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Realização dos testes rápidos para Hepatite B, Sífilis, Hepatite C e HIV

Fornecimento de preservativo masculino e lubrificante

Orientação sobre o uso correto e importância do preservativo

Fonte: Autoria própria.

Na segunda visita as intervenções foram implementadas em conjunto à equipe da USF junto ao usuário. Foram realizados pelos alunos junto ao professor, a realização dos testes rápidos (Sífilis, HIV, Hepatite B, Hepatite C), bem como o aconselhamento para a utilização de preservativo nas relações sexuais, e a realização dos testes rápidos periodicamente. Foram reforçadas as orientações da visita anterior, foi realizado ainda o encaminhamento para a fisioterapia do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), e marcada uma consulta para o dia seguinte com o médico da equipe da sua área.

Nesta perspectiva, percebe-se que o enfermeiro no contexto do cuidado ao idoso com Síndrome do idoso frágil deve ser conhecedor do processo de envelhecimento, basear-se nas evidências científicas sobre fragilidade, utilizar o processo de enfermagem para assim alcançar o diagnóstico, realizar as intervenções, avaliações dos resultados. Além disso, deve estar atento para a prevenção dessa condição, a partir da realização de uma avaliação multidimensional, identificando as necessidades reais e potenciais a fim de prover encaminhamentos para a equipe multidisciplinar (BORGES et al. 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se evidenciar a primordialidade da Estratégia de Saúde da Família na assistência à saúde da pessoa idosa na comunidade utilizando-se da Visita Domiciliar pela equipe multiprofissional como tecnologia leve de cuidado em saúde. Conclui-se também que durante a visita domiciliar é possível e necessário a realização do Processo de Enfermagem em todas as suas etapas, tornando a assistência nesse contexto mais qualificada e segura.

Estas visitas domiciliares possibilitaram a compreensão do cotidiano das atividades da vida do idoso e aproximação à realidade social e do vínculo do usuário com o profissional de saúde, além disso, como uma tecnologia de cuidado essencial à pessoa idosa em uma perspectiva de atenção integral como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças e

agravos à essa população vulnerável, assim como contribuição para consolidação da atuação do enfermeiro da atenção básica no cuidado à pessoa idosa na comunidade.

Por fim, acredita-se necessário o desenvolvimento de estudos que busquem a utilização da visita domiciliar no impacto da prevenção e reversão da síndrome do idoso frágil, diagnóstico elencado como prioritário na experiência descrita.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE AM, Guimarães AMAN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. **Visita Domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias.** Epidemiol Serv Saúde. 2014 jan-mar; 23(1): 165-175.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília – DF.
- BORGES, Cíntia Lira et al. **Prática Clínica do Enfermeiro no Cuidado ao Idoso Fragilizado: Estudo de Reflexão.** Revista de Enfermagem Ufpe Online, Recife, p.914-918, 2016.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira et al. **Fatores que contribuem para o diagnóstico de enfermagem risco para a síndrome do idoso frágil.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, p.1-9, 2018.
- FERREIRA, Antônio Milton Oliveira. **Visita domiciliar realizada pelo/a enfermeiro/a com enfoque na funcionalidade global da pessoa idosa: um estudo misto.** / Antônio Milton Oliveira Ferreira. -Niterói: [s.n.], 2018.
- FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil.** Physis, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização PanAmericana da Saúde; 2005.
- SANTOS, E. M.; MORAES, S. H. **A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: percepções de enfermeiros.** Revista Cogitare Enferm, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 492-7, 2011.