

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO AOS IDOSOS ATENDIDOS EM DOMICÍLIO NA ATENÇÃO BÁSICA

SYSTEMATIZATION OF CARE TO THE ELDERLY IN HOME HEALTH CARE

SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO A LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN DOMICILIO EN LA ATENCIÓN BÁSICA

Juliana De Oliveira Faria¹, Ariana Colombari De Godoi Floresta², Letícia De Souza Pedro³, Maria Lucia Salim Miranda Machado⁴.

RESUMO

Objetivo: descrever a sistematização do cuidado multiprofissional para idosos acamados e de difícil locomoção atendidos em domicílio. **Método:** Pesquisa convergente assistencial realizada em uma unidade de saúde da família. Os dados foram tratados por análise descritiva. **Resultado:** Dos 75 sujeitos investigados, 48 (64%) eram mulheres, idade média de 80 anos, 60 apresentaram dificuldade para locomoção (80%), 15 encontraram-se acamados (20%). Destes, 31 (41,33%) são totalmente dependentes de cuidados. O risco para quedas foi alto, presente em 46 (61,33%), o risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão foi baixo na maioria 47 (62, 67%). A amostra foi estratificada, e 37 (49,33%) considerados de baixo risco, 15 de risco moderado (20%), 23 graves (30,67%). **Conclusão:** Estudo revela a importância de sistematizar o fluxo de visitas domiciliares pela equipe multiprofissional, por meio da avaliação e estratificação dos idosos conforme suas vulnerabilidades, dependência social e biológica.

Descritores: Idoso; Visita Domiciliar; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to describe the systematization of multi-professional care for bedridden elderly with reduced mobility receiving home health care services. **Method:** Convergent care research carried out in a family health unit. Data was treated through descriptive analysis. **Results:** Among the 75 participants, the majority were women 48 (64%), mean age of 80 years, 60 participants had reduced mobility (80%), and 15 were bedridden (20%). A total of 31 participants (41.33%) were totally dependent. The risk of falling was high among 46 (61.33%) and the risk of developing pressure ulcers was low in most cases (62, 67%). The sample was stratified and 37 (49.33%) were considered of low risk, 15 of moderate risk (20%), and 23 of severe risk (30.67%). **Conclusion:** This study unveils how important it is for multi-professional teams to systematize the flow of home visits through evaluation and stratification of the elderly, according to their vulnerabilities, as well as social and biological dependence.

Descriptors: Elderly; Home Visits; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la sistematización del cuidado multiprofesional a ancianos con permanencia prolongada en la cama y dificultad en la locomoción, atendidos en domicilio. **Método:** Investigación convergente asistencial que se realizó en una unidad de salud de la familia. Los datos se han tratado por análisis descriptivo. **Resultado:** Se investigó 75 sujetos, la mayoría fueron mujeres, total de 48 (64%), media de edad de 80 años, 60 sujetos presentaron dificultad en la locomoción (80%), 15 se encontraron con permanencia prolongada en la cama (20%), y 31 sujetos (41,33%) dependían totalmente de cuidado. Los riesgos de caídas fueron altos en 46 ancianos (61,33%), el riesgo de desarrollo de úlcera de presión fue bajo en la mayoría - 47 de los sujetos (62,67%). Se estratificó el muestreo y 37 sujetos (49,33%) fueron considerados de bajo riesgo; 15 de riesgo moderado (20%); y 23, graves (30,67%). **Conclusión:** El estudio muestra la importancia de sistematizar el flujo de visitas en domicilio por el equipo multiprofesional, por medio de evaluación y estratificación de los ancianos de acuerdo con sus vulnerabilidades, dependencia social y biológica.

Descritores: Anciano; Visita Domiciliaria; Salud de la Familia.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. ²Enfermeira. Especialista Saúde da Família, HU - UFJF. Juiz de Fora- MG. Brasil. ³Enfermeira. Residente em saúde da família, pelo programa de residência multiprofissional, HU- UFJF. ⁴Assistente Social. Mestre em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Como citar este artigo:

Faria JO, Floresta ACG, Pedro LS, Machado MLSM. Sistematização Do Cuidado Direcionado Aos Idosos Atendidos No Domicílio. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9:e3017. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3017>

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida e intensa. Dados atuais afirmam que a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, e a expectativa de vida aumentou para 74 anos. Nos últimos anos, houve um alargamento do topo da pirâmide etária, com destaque para o crescimento da população com mais de 60 anos¹.

Esse aumento da expectativa de vida da população brasileira representa importante conquista social, no entanto, para haver qualidade de vida da população idosa, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve assumir a responsabilidade de fornecer uma assistência direcionada e qualificada ao idoso. Nesse sentido, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNI), que visa a assegurar a garantia dos direitos dos idosos².

Esse novo desenho populacional, caracterizado pela transição demográfica, permitiu inferir sobre o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, logo, é preciso pensar nos agravos, sequelas e morbidades relacionadas a essa condição em idosos. Torna-se essencial então considerar que as diretrizes da PNI perpassam as condições clínicas dos usuários².

A PNI considera como população idosa, no Brasil, pessoas com idade maior de 60 anos⁽³⁾, sendo considerado um grupo etário heterogêneo, pois é constituído por pessoas com idade até mais de 100 anos. Consequentemente, apresentam graus variados de autonomia, ou seja, idosos independentes e os muitos dependentes que necessitam de cuidados permanentes⁴.

A Política Nacional de Atenção Domiciliar instituída no Brasil, em 2011, atualmente é regida pela Portaria nº825 de 2016, que propõe um cuidado individualizado considerando a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados⁵.

A Atenção Básica à Saúde configura-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade e da integralidade de atenção à saúde. A fim de promover atenção integral, resolutiva e de qualidade, baseia-se nas necessidades

socioculturais e de saúde apresentadas pela população. Para atender à demandas, as ações podem ser realizadas no estabelecimento de saúde, em locais do território, em domicílio ou em outros territórios que admitam a ação planejada⁶.

A visita domiciliar (VD) é um instrumento importante para a equipe de saúde, uma vez que se trata da intervenção que possibilita aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Na esfera da Estratégia Saúde da Família (ESF), VD é dever de todos os profissionais pertencentes à Estratégia da Saúde da Família, a fim de propiciar um olhar multiprofissional à comunidade. No Brasil, a VD assume, então um papel fundamental na organização do processo de trabalho de suas equipes e, para a realização dessa atividade, são necessários: planejamento, execução, registro de dados e avaliação⁷⁻⁸.

Conhecer o perfil dos idosos que necessitam do atendimento em domicílio, as doenças ou agravos que impedem o desempenho de suas atividades cotidianas de forma autônoma e independente, é necessário para prestar assistência de qualidade, justificando assim a importância da construção de um modelo de atendimento aos idosos e acamados de difícil locomoção na VD na ESF.

Dessa forma, o objetivo do estudo é propor a implantação de uma metodologia de assistência baseada na sistematização do cuidado multiprofissional voltado para idosos acamados e de difícil locomoção atendidos no domicílio em uma unidade de Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou os preceitos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Essa metodologia une o pensar ao fazer, resultando no “saber-fazer” crítico e reflexivo. Permite assistir e pesquisar, e sua principal característica é a articulação direta e intencional com a prática assistencial e/ou educativa no contexto estudado e, paralelamente, produzir dados para a investigação⁹.

O estudo foi realizado em uma unidade de saúde da família, do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A equipe é formada por médico, enfermeira, farmacêutico, assistente social, cirurgião dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). É uma unidade de formação profissional, com residência

em saúde da família para médico, enfermeiro, cirurgião dentista e assistente social.

A escolha desse delineamento buscou subsidiar a discussão da atuação do enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família com pessoas idosas, as demandas do processo do envelhecimento e suas vulnerabilidades. A pesquisa convergente assistencial envolve uma variedade de métodos e técnicas qualitativas de investigação. É considerado um método de investigação inovador, permitindo a reflexão e aprofundamento do tema em discussão e preserva os princípios e rigor do método científico⁹.

O envolvimento da equipe assistencial é de fundamental importância para a produção de conhecimentos. Assim, para o desenvolvimento do estudo e sua aplicação no campo prático, é necessária negociação para a realização da pesquisa, definição do objeto, discussão das estratégias de produção de dados, o que resulta na dinâmica do processo da prática assistencial⁹.

Segundo dados atualizados do relatório consolidado do cadastro do território da equipe estudada, datados de junho de 2018, existem 2803 usuários cadastrados, até o momento, pertencentes a essa equipe, correspondendo a 1471 famílias cadastradas que estão devidamente acompanhadas e são assistidas na unidade.

Diante desse quantitativo populacional, dados sociodemográficos gerais apontam que atualmente existem aproximadamente 600 idosos que residem nessa localidade, com diferentes perfis e necessidades percebidas, incluindo patologias crônicas, diversas vezes debilitantes, os quais demandam um atendimento direcionado. A equipe apresenta, atualmente, 80 idosos acamados e/ou de difícil locomoção assistidos pela equipe multiprofissional.

Os participantes do estudo foram recrutados, a partir da VD da equipe de saúde. A coleta de dados ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo próprio participante ou seu responsável. Foram critérios de inclusão: pessoas com mais de 60 anos de ambos os gêneros, que concordaram em participar do estudo como voluntários não remunerados.

Foram excluídos do estudo cinco participantes que não atenderam aos critérios de inclusão. Dois não foram encontrados após duas visitas domiciliares subsequentes, dois não

concordaram em participar do estudo, e um estava internado no período da coleta de dados.

Pensou-se na sistematização das VD para os idosos acamados e de difícil locomoção, pois eram agendadas, conforme as demandas pontuais e necessidades trazidas pela família do idoso e pelos ACS, não havia um fluxo e um acompanhamento periódico. Assim, alguns recebiam visitas com mais frequência, outros, raramente. Com o instrumento de coleta de dados para a sistematização do cuidado, os idosos foram estratificados e passaram a receber visitas mensais, bimestrais ou trimestrais, de acordo com a avaliação individualizada realizada pela equipe multiprofissional.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado no período de março a setembro de 2017, tendo como proposta a sua utilização, durante os atendimentos domiciliares, a fim de proporcionar uma melhor compreensão do processo de envelhecimento, estágios evolutivos das doenças crônicas no idoso, identificação de vulnerabilidades sociais e biológicas possibilitando assim a estratificação do usuário.

Para a elaboração do instrumento, utilizamos a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e, como alicerce teórico, embasamo-nos no modelo conceitual de Horta, o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Sidney Katz e escalas já validadas: Escala de Braden para avaliar risco de lesão por pressão e Escala de Morse para avaliar o risco de queda.

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2018 e foram consolidados e tratados por análise descritiva.

O estudo atendeu a todas as recomendações éticas e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, em consonância com a legislação brasileira dispostas na Resolução CNS 466/2012, tendo sido o projeto aprovado em Comitê de Ética sob nº 2.566.157.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apontam para um quantitativo expressivo de usuários idosos que não conseguem acessar o serviço, em decorrência de suas comorbidades, necessitando assim de atendimento em domicílio. A fim de organizar e sistematizar o fluxo de visitas domiciliares pela equipe multiprofissional, foi elaborado um instrumento de coleta de dados norteador para os profissionais, de forma a avaliar o idoso e estratificá-lo de acordo com suas necessidades,

fazendo com que médicos, enfermeiros, assistentes sociais e cirurgiões dentistas planejem suas VD conforme a necessidade de cuidado apresentada pelo idoso.

A elaboração do instrumento possibilitou o registro conciso dos dados nos prontuários dos pacientes, discussão e planejamento da assistência pela equipe multiprofissional. Assim, a periodicidade das visitas passou a ser organizada conforme a estratificação pautada em um referencial teórico, e não apenas com demandas de casos agudos.

Participaram do estudo 75 pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo 48 mulheres (64%) e 27 homens (36%). A idade média dos participantes foi de 80,17 anos com variabilidade de 61 a 96 anos. Em relação à renda, 48% recebiam de 1 até 3 salários. A maioria dos participantes usavam exclusivamente o SUS. Dentre os 75 participantes do estudo, 60 apresentam dificuldade para locomoção (80%), e 15 encontram-se acamados (20%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos 75 participantes segundo sexo, plano de saúde, mobilidade, renda e idade. Juiz de Fora, 2018.

Características da população do estudo	N	%
Sexo		
Masculino	27	36
Feminino	48	64
Plano de Saúde		
Privado	34	45
SUS	41	55
Mobilidade		
Acamados	15	20
Difícil locomoção	60	80
Renda		
< 1 a 1 salário mínimo	33	44
> 1 a 3 salários mínimos	36	48
> 3 salários	6	8
Idade		
60 a 69 anos	9	12
70 a 79 anos	24	32
80 a 89 anos	34	45
90 anos e mais	8	11

Fonte: Dados primários do banco de dados dos autores, 2017.

Para mensurar a capacidade funcional dos idosos, é preciso utilizar instrumentos padronizados que avaliem o desempenho do idoso nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária. Assim, utilizou-se o Index de Katz, que é um dos instrumentos mais antigos e um dos mais citados na literatura nacional e internacional¹⁰.

Entre os participantes do estudo, 31 (41,33%) são totalmente dependentes de cuidados. Adotou-se também o referencial teórico de Horta, o qual se fundamenta no atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo

como um todo, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais¹¹.

Consideramos importante avaliar o risco de quedas no ambiente domiciliar, em razão da vulnerabilidade que esse grupo apresenta. Muitas vezes acometidos por doenças crônicas debilitantes e em uso de medicamentos, torna-se necessário orientar e alertar os mesmos e seus familiares para prevenção de quedas, utilizando assim a escala de Morse¹².

A incidência do risco de queda na amostra do estudo foi alta em 46 (61,33%), risco moderado em 17 (22,67%) e risco baixo em 12 (16%). Verificou-se que o sexo feminino apresenta um risco de queda maior, sendo 48

(64%) no sexo feminino e 27 (35%) no sexo masculino.

A ocorrência de lesão por pressão tem sido uma preocupação, pois representa um problema de saúde pública, podendo levar a transtornos físicos, emocionais, implicando também na morbidade e mortalidade¹³.

O cuidado às pessoas com lesão por pressão deve acontecer em todos os níveis de complexidade, incluindo a Atenção Primária à Saúde. Esta deve estabelecer diretrizes norteadoras para a prática de prevenção e ações de promoção de saúde¹⁴.

O risco para o desenvolvimento de lesão por pressão entre os participantes do estudo foi baixo na maioria 47 (62,67%), risco moderado em 23 (30,67%), alto em 5 (6,67%).

Com base nas avaliações descritas acima e discussão dos casos, durante reuniões de equipe, foi definida a estratificação dos idosos. Vale ressaltar a importância do olhar e da intervenção de cada integrante da equipe multiprofissional, durante a discussão, que tem como objetivo avaliar as necessidades clínicas e sociais apresentadas pelos usuários, para que se estabeleçam os critérios de prioridade e a programação do atendimento no domicílio pela equipe multiprofissional.

Dessa forma, o atendimento deixa de ser apenas da demanda espontânea e passa a ser programado para ações de prevenção, promoção do bem-estar e envelhecimento ativo do idoso, tendo como base o raciocínio clínico dos

profissionais e os instrumentos utilizados para avaliação e estratificação do risco, para que possa então ser definida a prioridade das visitas domiciliares.

Desse modo, é considerado leve, ou de baixo risco, aqueles idosos que são portadores de transtornos mentais leve, que recebem apoio da família, ou usuários que possuem difícil locomoção, mas não possuem morbidades significativas, ou possuem morbidade controlada. Sendo assim, a periodicidade das VD será de 3 em 3 meses.

Os idosos estratificados como risco moderado são aqueles de difícil locomoção e/ou acamados com morbidades de difícil controle, apresentando demandas sociais aparentes. Assim, a periodicidade das visitas será de 2 em 2 meses.

Para ser estratificado como grave, ou de alto risco, o idoso precisa possuir dificuldade de locomoção ou ser acamado, apresentando necessidades sociais imediatas, com transtornos mentais graves, conflitos familiares intensos, morbidades de difícil controle, advindos de internação, ou pós-operados. Assim, as visitas devem ser mensais.

Desse modo, temos a estratificação dos idosos: leve, moderado ou grave. Entre os participantes pesquisados, 37 (49,33%) são considerados idosos de baixo risco ou leve, 15 de risco moderado (20%), 23 graves ou de alto risco (30,67%).

Figura 1 - Estratificação dos 75 participantes segundo as necessidades de cuidado e prioridades de atendimento em domicílio. Juiz de Fora, 2018.



Fonte: Dados primários do banco de dados dos autores, 2017.

A equipe definiu a periodicidade das visitas com base no instrumento aplicado e os critérios para classificá-los conforme sua gravidade e dependência. Após a estratificação dos idosos, os mesmos são acompanhados pela equipe multidisciplinar alternando as visitas entre médico, enfermeiro, assistente social e cirurgião

dentista, e todas as visitas têm também a presença do ACS da área.

A estruturação do instrumento favorece o uso do raciocínio clínico e seu layout permite acompanhar os usuários na consulta de enfermagem e durante o período de um ano pela equipe multidisciplinar. Após esse período, o

idoso deverá ser novamente estratificado, a fim de verificar se houve mudança no seu quadro clínico e/ou social.

Observa-se uma longevidade maior em mulheres comparada aos homens. As mulheres vivem mais que os homens em todos os países do mundo. Geralmente, expectativa de vida feminina é de 73,8 anos, e a expectativa de vida masculina é de 69,1 anos. As principais causas da feminização estão relacionadas às diferenças nas causas de morbimortalidade, os homens têm exposição maior a álcool e tabaco, as mulheres têm a proteção hormonal do estrogênio, além de maior adesão aos cuidados de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Outra característica apresentada na população do estudo foi a idade média de 80,17 anos. Os achados encontrados nessa variável estão de acordo com outros estudos que apontam que a população em processo de envelhecimento que mais cresce mundialmente está na faixa etária acima de 80 anos¹⁷.

A variável renda foi considerada baixa na população do estudo e o fato de 54,67% utilizarem exclusivamente o SUS reforça a importância da assistência multiprofissional direcionada para os pacientes e seus cuidadores.

Corroboramos o estudo que afirma que os dados sociodemográficos interferem negativamente na população investigada, pois a tríade "saúde, segurança e participação social", que alicerça a política do envelhecimento ativo, não era atendida satisfatoriamente, comprometendo o envelhecimento favorável à preservação da capacidade funcional¹⁶.

A enfermagem é considerada como ciência e arte de assistir o ser humano, conforme suas necessidades básicas, estimulando sua independência de assistência, por meio do ensino do autocuidado. Entretanto, para que haja eficiência no cuidado, é necessário o uso de método científico, pensou-se então na elaboração de um instrumento para sistematizar o cuidado aos idosos atendidos no domicílio, norteados pela experiência da equipe multiprofissional associada ao conhecimento técnico científico¹¹.

Assim, foi construído um instrumento que utiliza pressupostos teóricos de Horta, o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Sidney Katz e as escalas de Braden e Morse.

As avaliações das atividades de vida diária se subdividem nas seguintes categorias: em atividades básicas da vida diária como banhar-se, vestir-se, arrumar-se e manter controle das suas

eliminações, e atividades instrumentais de vida diária que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente na comunidade onde vive, como preparar suas refeições, utilizar transporte, cuidar da casa, administrar sua vida financeira, tomar seus medicamentos¹⁸.

Assim, o instrumento de Katz foi de fundamental importância para a estratificação dos idosos. Apesar de ser um instrumento de 1963, é ainda muito utilizado na área de gerontologia para avaliação do estado funcional do idoso, por meio da mensuração das Atividades de Vida Diárias¹⁸.

Em um estudo realizado com 369 idosos, 195 haviam sofrido queda nos últimos seis meses anteriores à pesquisa, observou-se que a maioria das causas de quedas estava relacionada ao ambiente doméstico inadequado, sendo a maioria do sexo feminino. Dos idosos que referiram queda, 44,6% informaram diagnóstico de doenças caracterizadas como crônicas, sendo as doenças cardiovasculares e doenças osteoarticulares as mais prevalentes e 46,7% dos idosos que caíram faziam uso de medicamentos. Desse modo, utilizamos a Escala de Morse para conhecer o perfil dos idosos e verificar as principais causas de quedas para ter embasamento para atuar na prevenção das mesmas¹⁹.

Um aspecto social comumente observado nos idosos é o isolamento, e esse fato está relacionado ao comprometimento da autoestima, seja pelo ambiente em que ele vive ou pelas pessoas com quem ele convive. O fator econômico, relacionado à aposentadoria, também contribui pelo processo de isolamento do idoso. Justifica-se assim, a importância de conhecer o ambiente no qual o idoso está inserido e suas relações familiares existentes para que a equipe possa elaborar um plano de cuidados individualizado direcionado aos idosos, cuidadores e família²⁰.

Ainda segundo a literatura, em decorrência do alto risco existente no domicílio para o desenvolvimento de lesão por pressão, e por se tratar de um evento passível de prevenção, se faz fundamental o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, visando a que haja um incentivo do protagonismo dos usuários, familiares e cuidadores nas práticas de autocuidado por meio de ações de educação em saúde desenvolvidas pela ESF visando a diminuir consideravelmente sua ocorrência²¹.

Dessa forma, de acordo com o instrumento de estratificação, os casos são discutidos em reunião de equipe, semanalmente, para direcionamento dos cuidados. O fluxo das visitas domiciliares dos idosos é organizado entre os médicos, enfermeiros e assistentes sociais, seguindo a estratificação realizada.

CONCLUSÃO

Acredita-se que este estudo poderá sensibilizar e motivar outras equipes para um olhar ampliado no que tange ao processo de envelhecimento, com relevância para Saúde Pública, contribuindo para organização e planejamento do processo de trabalho das equipes, com ações multidisciplinares na assistência, e inserção da família e do indivíduo no processo do cuidado e tomada de decisões.

Recomenda-se a aplicação de novos estudos, em outros cenários, deste processo de sistematização do cuidado aos idosos, na condição de acamados e difícil locomoção.

REFERÊNCIAS

- 1 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Sinopse do Censo Demográfico 2010, Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 2 - Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Índice de vulnerabilidade a incapacidades e dependência (IVF-ID), segundo condições sociais e de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2017;22(6):2063-71. DOI: [10.1590/1413-81232017226.03432016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03432016)
- 3 - Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm
- 4 - Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- 5 - Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 2016;1:33-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
- 6 - Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a

revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017;1:68. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

7 - Gomes MFP, Fraccolli LA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. Mundo Saúde 2015 [citado em 4 jun 2018]; 39(4):470-5. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf

8 - Andrade AM, Guimarães AMDN, 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;23(1):165-75. DOI: [10.5123/S1679-49742014000100016](https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016)

9 - Alvim NAT. Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem: Possibilidades para inovações tecnológicas. Esc Anna Nery 2017; 21(2):1-2. DOI: [10.5935/1414-8145.20170041](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170041)

10 - Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública 2008; 24(1):103-12. DOI: [10.1590/S0102-311X2008000100010](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010)

11 - Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1979.

12 - Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(4):28-34. DOI: [10.1590/1983-1447.2014.04.50716](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.50716)

13 - Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2016;6(2):2292-306. DOI: [10.19175/recom.v6i2.1423](https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423)

14 - Soares CF, Heidemann ITSB. Health promotion and prevention of pressure injury: Expectations of primary health care nurses. Texto Contexto-Enferm. 2018;27(2):1-9. DOI: [10.1590/0104-070720180001630016](https://doi.org/10.1590/0104-070720180001630016)

15 - Alvarenga-Martins N, Pinto PF, Arreguy-Sena C, Paschoalin HC, Moura DA, Teixeira CV. Urinary incontinence: An analysis in the perspective of aging policies. J Nurs UFPE on Line 2017;11(3): 1189-99. DOI: [10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201709](https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201709)

16 - World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde.

Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

17 - Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015.

18 - Almeida ML, Leite JC, Avalhais APS, Thomaz CC, Botán ZRM, Manzini CSS, et al. Instrumentos mais utilizados na avaliação da funcionalidade de idosos com demência: Uma revisão sistemática. Rev Aten Saúde. 2016 abr./jun [citado em 2018 jun 15];.4(8):76-85. DOI: [10.13037/rbcs.vol14n48.3492](https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n48.3492)

19 - Menezes LP, Stamm B, Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Cair faz parte da vida: Fatores de risco para quedas em idosos. J Res Fundam Care Online 2016;8(4):5080-6. DOI: [10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5080-5086](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5080-5086)

20 - Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araújo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. Rev Kairós 2016 [citado em 1 jul 2018]; 19(2):133-46. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30365/20994>

21 - Soares CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: Expectativas do enfermeiro da atenção primária. Texto Contexto - Enferm. 2018;27(2):1-9. DOI: [10.1590/0104-070720180001630016](https://doi.org/10.1590/0104-070720180001630016)

Nota: Artigo extraído do trabalho de conclusão do curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Received in: 15/07/2018

Approved in: 16/02/2019

Endereço de correspondência:

Juliana de Oliveira Faria

Rua Dom Lasagna, 105/302, Morro da Glória.

CEP: 36035160 – Juiz de Fora/MG - Brasil

E- mail: julianafaria0112@gmail.com