

Artigos Originais

Tecnologias sociais na inserção do aluno técnico em enfermagem na assistência domiciliária ao idoso

Social technologies in the insertion of student nursing technician in home care to elderly

Sueli Alves Castanha¹

Virginia Simonato Aguiar²

Rejane Millions Viana Menezes³

Isabelle Teixeira Campos de Carvalho⁴

Heloisa Cirelli Dantas de Souza⁵

¹Professora, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Natal, RN - Brasil

²Professora, Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte (FATERN), Natal, RN - Brasil

³Professora, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN - Brasil

⁴Enfermeira do setor de Pronto Atendimento, Hospital Natal Center, Natal, RN - Brasil

⁵Enfermeira do setor de internação, Hospital Natal Center, Natal, RN - Brasil

RESUMO - Objetivo: apresentar um modelo de assistência domiciliária ao idoso, realizado por professor e alunos do técnico em enfermagem, do Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC Natal-RN durante as aulas práticas do componente Saúde Coletiva. Método: as atividades foram desenvolvidas em novembro de 2010, em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), da cidade do Natal-RN. Os alunos desenvolveram ações de saúde como proposta de atividade da disciplina. Foram construídos genograma e ecomapa de uma família, através dos dados coletados em Visita Domiciliária (VD), sendo aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, reduzida na versão GDS-15. Resultados: a observação das falas durante a entrevista, a análise de genograma e ecomapa forneceram pistas sobre a forma como as famílias vivenciam o envelhecimento de seus membros, além de apontar um crescente isolamento social por parte da idosa. O resultado da Escala de GDS-15 apresentou um escore de nove pontos, indicativo de depressão. Conclusão: a depressão percebida neste caso pode estar associada à capacidade funcional reduzida, crescente perda da autonomia e isolamento social. A realidade de carência afetiva comum na pessoa idosa nos faz perceber o quanto à equipe da UBSF pode atuar em seu território, indo além das ações de promoção de saúde e terapêutica, ampliando para as relações interpessoais. O espaço para construção destas relações durante a VD favorece a formação de um ambiente de acolhimento, fortalecendo elos de interação, contribuindo na socialização da pessoa idosa, refletindo de forma positiva na qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde da Família; Idoso; Visita Domiciliar.

ABSTRAT - Goal: to present a model of home care to elderly, performed by teacher and technician students in nursing, Senac Natal-RN during the practice sessions of Collective Health component. Method: the activities were carried out in November 2010, in a basic unit Family Health (UBSF), the city of Natal-RN. Students developed health actions as proposal for activity of discipline. Were built genogram and ecomapa of a family, through the data collected in home visit (VD), being applied the Yesavage Geriatric Depression scale of, reduced GDS-15 version. Results: the observation of speeches during the interview, analysis of genogram and ecomapa provided clues about how families experience the ageing of its members, in addition to point an increasing social isolation of the elderly. The result of the scale of GDS-15 featured a scoring nine points, indicative of depression. Conclusion: the perceived depression in this case might be associated with reduced functional capacity, increasing loss of autonomy and social isolation. The reality of common affective in elder grace makes us realize how much the team of UBSF can act in its territory, going beyond the actions of therapeutic and health promotion, extending to interpersonal relations. The space for building these relationships during the VD favors the formation of a host environment, strengthening linkages of interaction, contributing in the socialization of the older person, reflecting positively on the quality of life.

Keywords: Family Health; Aged; Home Visit.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil é um fato recente devido o aumento da expectativa de vida estar redesenhando o padrão demográfico a nível mundial. De acordo com projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2025 o Brasil estará em sexto lugar no número de pessoas com mais de 60 anos¹.

Autor correspondente

Sueli Alves Castanha

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac)

Travessa macaé, 287, Potengi

Natal/RN - CEP: 59110-185

Email: sualves13@gmail.com

Artigo encaminhado 10/06/2012

Aceito para publicação em 18/08/2012

Desta forma os serviços de saúde necessitam desenvolver estratégias que atendam as necessidades dos idosos, visto que o envelhecer pode influenciar no surgimento e agravamento de doenças crônicas, tais como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares, entre outras².

A Política Nacional de Saúde do Idoso aponta para a perda da capacidade funcional, diminuição das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, como principal problema que pode afetar o idoso³. Esta perda funcional, pode estar relacionada a evolução de enfermidades, consequências de seu estilo de vida e como resultado da senescência, ou seja, processo de envelhecimento que envolve alterações orgânicas, morfológicas e funcionais^{1,3,4}.

A terceira idade pode representar uma fase difícil, pois o idoso passa por muitas mudanças em sua vida. A exemplo dessas mudanças a aposentadoria, onde alguns trocam a produtividade pela inatividade, além de depararem-se com frequência com experiências relacionadas à morte, doença e perdas. Essas mudanças são determinantes no aspecto da saúde física e emocional, desencadeando ou agravando doenças crônicas, característica da senescência, comprometendo sua qualidade de vida⁵.

Estudos apontam que 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma doença crônica, e aproximadamente 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades⁶. Contudo, a presença de uma ou mais enfermidades crônicas não significa que o idoso não seja capaz de conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. No Brasil, a maioria dos idosos é capaz de se autodeterminar e se organizar sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidades crônicas⁶.

Nesse contexto, a equipe de saúde deve atentar-se mais à pessoa idosa na constante atenção ao seu bem-estar, à rotina funcional e à sua inserção familiar e social, mantendo-a o mais independente possível na realização de suas atividades rotineiras⁷.

Uma maneira de prestar assistência à pessoa idosa e sua família, respeitando os saberes e prática familiar, é através da Visita Domiciliária (VD). Esta ferramenta, balizadora da percepção real do contexto familiar, deve ser utilizada sempre que o cuidado necessitar ser repensado. Portanto, cabe ao profissional de saúde na atenção primária a saúde, atentar para todas essas questões e atuar de forma integral.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê a utilização da assistência domiciliária à saúde, em especial, a VD, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção na família e formação de vínculos com a mesma. Um dos objetivos da VD é atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias⁸.

As vantagens da VD como modalidade assistencial são inúmeras, especialmente nos casos em que se faz necessária uma maior aproximação do profissional de saúde, representando o sistema de saúde, com a realidade de vida e saúde da família. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da unidade de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença muitas vezes são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais de saúde⁹.

Desse modo, a assistência domiciliária à saúde da família ultrapassa práticas institucionalizadas, buscando a implantação de uma nova atuação do profissional, ao passo que o mesmo sai do seu local de trabalho para conhecer onde vivem as famílias e em quais condições bio-psico-sócio-culturais elas estão inseridas.

Percebendo a VD ao idoso como parte importante para o processo de assistência à saúde, realizado pela ESF, este relato tem como objetivo apresentar a experiência vivenciada, durante o desenvolvimento de um modelo de assistência domiciliária, pelos alunos do curso técnico em enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, da cidade do Natal-RN.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

As atividades práticas do componente estágio supervisionado em Saúde Coletiva foram realizadas em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), localizada na zona norte do município do Natal/RN. Essas atividades foram desenvolvidas durante o mês de novembro de 2010. A UBSF comporta três equipes de ESF, cada uma é responsável pela atenção à saúde de aproximadamente mil famílias.

Esse componente foi o primeiro contato dos alunos com ações e atividades inerentes a profissão de enfermagem. Os alunos foram estimulados a participar das ações de saúde desenvolvidas pela equipe, como proposta de atividade do componente durante as quatro semanas de estágio. Neste contexto várias famílias foram visitadas pelos alunos, no entanto foi

escolhida uma família para desenvolver o método proposto a seguir.

A escolha das famílias a serem visitadas no domicílio ocorreu através de indicação das equipes da UBSF, porém a família eleita para desenvolver o método proposto deu-se por se tratar de uma idosa com necessidade de troca de curativo diária em lesão venosa do membro inferior esquerdo. A primeira VD foi realizada junto com uma técnica de enfermagem membro da equipe ESF, esta apresentou os alunos e professora à usuária. Na sequência realizou o curativo demonstrando aos alunos a técnica mais adequada para realizá-lo no ambiente domiciliar, visto que na maioria dos casos não se dispõe de recursos físicos e materiais suficientes e adequados, tanto na unidade de saúde quanto no domicílio.

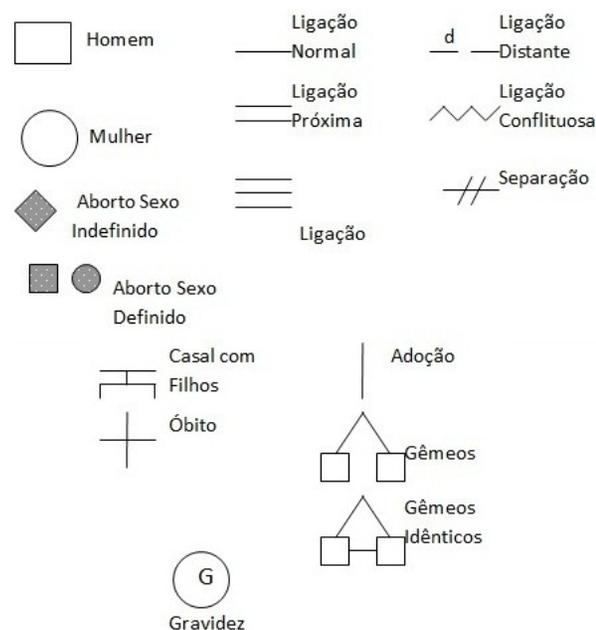
O contato inicial com a usuária abriu expectativas aos alunos e professora, sobre possibilidades de outras intervenções à família, além do curativo realizado diariamente pelo técnico em enfermagem. Após o primeiro contato foi sistematizado um roteiro para próxima VD, incluindo estudo prévio do caso através de leitura de prontuário, além da sistematização de um roteiro de entrevista. Durante a entrevista foi coletado dados da composição e organização familiar e inserção comunitária para construção de genograma e ecomapa.

O genograma é considerado a árvore da família, método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre uma família¹⁰. Considerado uma ferramenta extremamente útil para as equipes ESF, pode ser usada para explorar além da composição familiar, as situações de saúde e doença, condutas comportamentais e sociais de um arranjo familiar^{10,11}.

O genograma funciona dentro de uma estrutura com símbolos gráficos (Quadro 1), seu formato depende do sistema onde está inserido a família e como os membros interagem uns com os outros¹². A comunicação e a visualização adequada dos dados no genograma podem auxiliar a equipe no desenvolvimento de ações coordenadas e eficientes.

O ecomapa se define como um diagrama que mapeia as relações entre a família e a comunidade, contribuindo para identificar e avaliar as redes e apoios sociais disponíveis na comunidade, como instituições ou grupos sociais, e entre essas quais são utilizadas pela família¹³. Com a análise da entrevista da segunda VD e construção de genograma e ecomapa, professora e alunos perceberam a necessidade de investigar a saúde mental, aspecto que não estava sendo levado em consideração pela equipe de saúde.

Quadro 1: Símbolos padronizados para construção de genograma.



Fonte: Correia; Martins¹²

Para auxiliar na investigação da saúde mental da usuária foi utilizada na terceira VD a escala de Yesavage na versão reduzida, Escala de Depressão Geriátrica de 15 pontos (GDS-15) (quadro 2)¹. Este instrumento validado, contendo 15 perguntas é amplamente utilizado para detectar sintomas depressivos no idoso. O resultado é soma das respostas que aponta um determinado escore. Para diagnóstico de depressão o escore deve ser cinco ou mais pontos, para depressão grave escore igual ou maior que 11^{14,15}.

Quadro 2: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)¹⁴.

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com frequência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente frequentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

Fonte: Ferrari; Dalacorte¹⁴

3. DISCUSSÃO

A receptividade na primeira visita estimulou a construção do genograma e ecomapa e na sequência a aplicação do GDS-15. A necessidade de ser ouvida, contar sobre sua família e vizinhança, expondo seus sentimentos em relação a estes ficaram evidentes em todas as falas da idosa. Hoje viúva com 87 anos, diabética há mais de 30 anos, nasceu e cresceu na mesma casa que hoje vive sozinha. Sua única filha reside em uma casa ao lado, segundo a técnica em enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), esta filha passa dias sem visitá-la.

A visita inicial teve como foco a troca de cobertura de úlcera venosa, lesão que acompanha sua rotina há 20 anos, ocorrendo períodos curtos de remissão. A lesão presente está sem cicatrização há dois anos, no momento apresenta tecido de granulação, que de acordo com a técnica em enfermagem está ocorrendo melhora gradual no aspecto nos últimos meses.

Há cerca de cinco anos recebe alimentação diariamente levada pelo sobrinho mais jovem, criado como filho a quem tem muita estima. Na sua rotina diária passa a maior parte do tempo sozinha. Ao analisarmos o genograma percebemos que mãe e filha possuem uma relação de distanciamento, apesar de residirem próximas. O genograma nos apresentou uma família nuclear, visto que a idosa reside sozinha. Apesar de existir outros componentes no seu círculo familiar como, irmãos, filha, netos e sobrinhos, a ligação de maior proximidade é com seu sobrinho mais jovem e uma neta que a visita semanalmente. O sobrinho demonstra uma relação de atenção e afeto, preocupando-se com o bem estar da idosa. No momento é a pessoa que a auxilia financeiramente, comprando medicamentos e materiais para curativo.

A construção e análise do ecomapa apontou que ela possui certo conhecimento sobre o contexto comunitário apesar de receber poucas visitas e não sair de casa, devido à observação diária, da vida comunitária, que realiza através de sua janela. Dentre os espaços comunitários o mais significativo é a UBSF, que chega até ela todos os dias através do técnico em enfermagem.

Durante as visitas percebemos falas que puderam remeter a uma aparente carência afetiva e um crescente isolamento social por parte da idosa, entre estas, nos chamou atenção quando ela disse que não saía de casa, quase não recebia visitas, se sentia muito sozinha e que não era bom viver muito tempo.

O processo de envelhecimento está relacionado com as constantes diminuições das capacidades

sensorio-perceptivas, sendo: audição, fala e comunicação não verbal, estas alterações quando não são tratadas podem levar ao isolamento social do idoso¹⁶. Neste caso específico além da capacidade sensorio-perceptível estar afetada nesta idosa, pois apresenta diminuição da acuidade auditiva, também apresenta mobilidade reduzida devido à úlcera venosa.

Seu isolamento nos levou a aplicar a escala GDS-15 como uma forma de avaliar indícios de depressão. O resultado do teste foi de nove pontos, o que segundo a escala valores acima de cinco pontos já é considerado diagnóstico de depressão^{14,15}.

A depressão neste caso relatado pode estar associada à capacidade funcional reduzida e crescente perda da autonomia. Além destes o isolamento social esta presente, pois seu contato com exterior a seu ambiente doméstico limita-se as visitas do sobrinho e neta e o que observa da janela de sua casa. Suas condições orgânicas relacionadas à idade avançada e a Diabetes Mellitus podem ter contribuído para a redução de sua capacidade de locomoção, restringindo a realização de passeios para visitar amigos e parentes, momentos que favorecem a socialização.

Nesse sentido, os autores complementam que a assistência à saúde da família, realizada pela equipe de saúde da família em seu domicílio deve trabalhar conhecimentos, hábitos e relações familiares, em prol da proteção da saúde e da promoção da qualidade de vida. Assim concordamos quando Erdmann *et al*¹⁷ apontam que realizar VD e acompanhar as atividades rotineiras no ambiente domiciliar permite observar comportamentos dentro de seu contexto ambiental, cultural e familiar. O contexto domiciliar deve ser percebido como um conjunto de eventos e seres humanos correlacionados entre si em um determinado ambiente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de Assistência domiciliária à pessoa idosa, sistematizado buscou aproximar o aluno da realidade familiar e conflitos a cerca do processo de envelhecimento, proporcionando condições para que este perceba o seu papel dentro da equipe multiprofissional que integra a ESF.

O técnico em enfermagem membro de uma equipe multiprofissional necessita ser estimulado desde sua formação, a perceber como se organiza o processo de trabalho da equipe ESF. Desta forma participando ativamente da identificação e resolução das situações

saúde/doença da população inserida no território de abrangência.

O profissional de saúde que trabalha famílias com pessoa idosa, necessita aprimorar os conhecimentos sobre o processo de envelhecer, reconhecer condições saudáveis, vivenciando essas experiências em constante aprendizado.

No decorrer da VD às famílias com idosos, vários aspectos devem ser levados em consideração, como: a situação atual da família quanto a sua funcionalidade, recursos disponíveis (econômicos e suporte social) e condições biopsicossociais de seus membros. A observação destes fatores fornece pistas sobre a forma como as famílias vivenciam o envelhecimento de seus membros.

As ações realizadas pela professora e alunos trouxeram contribuições positivas para todos os atores envolvidos. Para os alunos, foi estimulado aprendizado colocando em prática os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, além de contextualizar sua inserção na equipe ESF e seu compromisso com a assistência à saúde destas famílias e comunidade envolvidas. Para a idosa, houve certa ampliação do seu contato social, através do diálogo com professora e alunos. Outro aspecto positivo para ela foi a possibilidade de mudanças na assistência recebida pela equipe de saúde, passando desta forma a ser percebida por esta, através de um olhar ampliado, indo além de sua patologia de base ou úlcera venosa.

As contribuições para a equipe foram ampliar a visão do ser holístico e não apenas partes fragmentadas que necessitem de tratamento, essa experiência possibilitou a percepção de uma assistência falha, onde a parte orgânica estava sendo mais enfatizada do que a parte emocional.

Para a equipe foi apresentado o genograma, ecomapa e o resultado do GDS-15, apontando algumas sugestões que contribuíssem na assistência de saúde dessa idosa, sendo elas: a equipe deve entrar em contato com o sobrinho para orientá-lo sobre as condições saúde-doença da tia, devido a sua maior proximidade, regularidade nas visitas, além de ser o responsável pela alimentação, visto a necessidade de adequação da dieta específica para diabético. À enfermeira foi enfatizada a necessidade de se realizar visitas com mais regularidade para que a assistência não se restrinja apenas sob o olhar do técnico de enfermagem. Em relação a isso outro aspecto levado em consideração foi o fato de a idosa demonstrar em suas falas satisfação e confiança no trabalho da enfermeira da ESF. Outra sugestão foi a do médico

realizar VD para reavaliar o caso sob um enfoque holístico, possibilitando assim a implementação de um tratamento que vise atender as necessidades básicas desta idosa.

A realidade de carência afetiva comum na pessoa idosa, manifestada nas falas desta, nos faz perceber o quanto à equipe ESF pode atuar em seu território, indo além das ações previstas de promoção à saúde e terapêutica dentro dos muros da Unidade de Saúde. A VD representa um espaço para construção de relações, que contribui para socialização da pessoa idosa, refletindo de forma positiva em seu bem estar físico, emocional e social.

5. REFERÊNCIAS

1. Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Paulo: Yendis; 2008.
2. Paixão Júnior CM, Reichenhem ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 7-19.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
4. Tavares DMS, Araújo MO, Dias FA. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba-MG. *Ciênc Cuid Saúde* 2011; 10(1): 74-81.
5. Silva JV, Siqueira AG, Lima RS. Significados e sentimentos de ser idoso: as representações sociais de idosos residentes em Itajubá, Sul de Minas Gerais. *Rev min enferm* 2009; 13(4): 535-40.
6. Silvestre JA, Costa Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 839-47.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica em Envelhecer e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
8. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto contexto enferm* 2006; 15(4): 645-53.
9. Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev esc enferm USP* 2000; 34(3): 233-9.
10. Christoffel MM, Pacheco STA, Reis CSC. Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Esc Anna Nery esc enferm* 2008; 12(1): 160-5.
11. Santos AA, Pavarini SCI. O genograma para caracterizar a estrutura de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. *Rev min enferm* 2009; 13(4): 525-33.
12. Correia EC, Martins G. Genograma: um instrumento de saúde mental. *Revista das faculdades santa cruz* 2009; 7(2): 17-29.
13. Pereira PSP, Teixeira GM, Bressan CAB, et al. O Genograma e o Ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev bras enferm* 2009; 62(3): 407-16.
14. Ferrari JF, Dalacorte RR. O uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci méd.* 2007; 17(1): 3-8.
15. Ohara ECC, Ribeiro MP. Saúde do idoso In: Ohara ECC, Saito RKS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Erdmann AL, Andrade SR, Melo ALSF, et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. Texto contexto enferm 2006; 15(3): 483-9.