

Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento?¹

Caridad Dios-Guerra²

Juan Manuel Carmona-Torres³

África Ruíz-Gándara⁴

Adoración Muñoz-Alonso⁵

María-Aurora Rodríguez-Borrego⁶

Objetivos: compreender o impacto da visita domiciliar dos profissionais de enfermagem a pessoas com 65 anos ou mais, com diversas doenças, em morbimortalidade. **Método:** estudo retrospectivo, caso-controle, por levantamento de registros médicos. Amostragem aleatória. Como variáveis principais, morbidade e mortalidade; **descritivo:** visita do enfermeiro, filiação, dados clínicos e saúde social. Análise por medidas de tendência central, dispersão, posição, catalogação, frequências relativas e absolutas; não paramétricas, contraste χ^2 ; Wilcoxon-Mann-Whitney. **Resultados:** foram incluídos no estudo 1743, destes, 199 receberam visitas domiciliares; a média de idade de quem recebeu a visita é 81,99 anos; estes apresentam maior número de doenças, com média de 3,76; vivem em casa, embora juntos tenham mais institucionalização que os controles; 50% não tem um cuidador principal; o maior o número de visitas de enfermeiros são aos pacientes que vivem em casa ($p < 0,001$); 50% não tem nenhum plano de saúde, com relação significativa ($p < 0,001$). Não existem diferenças significativas na vida entre casos e controles. **Conclusão:** a visita domiciliar do profissional de enfermagem não tem impacto na morbimortalidade; a visita ocorre quando os pacientes já têm problemas de saúde, sem dados de prevenção.

Descritores: Visita Domiciliar; Doença; Enfermeira; Morbidade; Mortalidade

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Estudio del efecto de la visita domiciliar programada y protocolizada de la enfermera de Atención Primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos", apresentada à Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

² MSc, Professor Associado, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

³ MSc, Enfermeiro, Hospital Infanta Luisa, Sevilla, Andalucía, Espanha.

⁴ PhD, Enfermeira, UGC Santa Rosa, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, Andalucía, Espanha.

⁵ MSc, Professor Auxiliar, Departamento de Estadística, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

⁶ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

Introdução

A população na faixa etária acima de 65 está aumentando significativamente e, entre estes, os idosos acima de 80 anos são um grupo que tende a aumentar. Como mostrado no Índice de Envelhecimento Global de 2014, relatório detalhado, recentemente publicado⁽¹⁾. Especificamente, na Espanha, 16% da população excede os 65 anos e os mais idosos representam quase 25% do total de todos os idosos; caso a atual taxa de mortalidade permaneça neste último grupo, em meados do século, quase 30% de toda população terá mais de 65 anos⁽²⁾. Os problemas decorrentes do envelhecimento crescente da população incluem aqueles relacionados às dificuldades dos sistemas de saúde em lidar com as crescentes necessidades da população idosa, dificuldades que influenciam não apenas o aumento dos custos de cuidados, mas também, afetando a capacidade de organização dos diferentes níveis de cuidados. As equipes de Atenção Primária e/ou Comunitária, em especial os profissionais de enfermagem que fazem parte deles, são um dos pontos fortes do sistema de intervenção que atendam às exigências acima, principalmente dos cidadãos dependentes, com a saúde fragilizada e que vivem em suas casas; assim como, as demandas das famílias que cuidam deles, que precisam de especialistas para auxiliá-los no planejamento e administração dos cuidados⁽³⁻⁴⁾. O perfil epidemiológico dos idosos que necessitam de cuidados domiciliares é: diversas doenças (mais de dois processos crônicos), tomando muitas medicações, frágil ou com alto grau de incapacidade, dependentes de cuidadores informais ou formais, necessitando de assistência de saúde e, especialmente, de cuidados, em se tratando de idoso ou com limitações funcionais ou cognitivas, fornecido na casa ou instituições pela equipe de enfermagem da Atenção Primária e/ou Comunitária⁽⁵⁻⁶⁾. Uma revisão de literatura⁽⁷⁾ sobre a eficácia de diferentes modelos de cuidados em pacientes com insuficiência cardíaca, concluiu que os reingressos hospitalares deste tipo de população são significativamente mais baixas nos três meses seguintes, quando há uma alta planejada e intervenções específicas, tanto no domicílio, quanto nas clínicas ambulatoriais guiadas por enfermeiros, destacando a figura dos profissionais de enfermagem, numa abordagem domiciliar e multidisciplinar, através de suporte por telefone, estruturado para acompanhamento, apoio aos cuidadores, familiares e a garantia da continuidade dos cuidados através da criação de recursos clínicos específicos. Em relação à utilização

dos serviços de emergência pela população idosa⁽⁸⁻⁹⁾, os dados são baseados em diferentes ambientes, culturas e/ou causas, no entanto, sendo considerável, em torno de 30%. Perante a complexidade e a variedade de aspectos da situação exposta anteriormente, a equipe deste estudo pesquisou sobre o trabalho dos profissionais de enfermagem na comunidade e seu impacto sobre a saúde dos cidadãos, desenvolvendo um estudo com o objetivo de compreender o impacto da visita domiciliar agendada pelos profissionais que trabalham nos serviços de Atenção Primária/Comunitária, com pessoas com 65 anos ou mais, com diversas doenças, que vivem em casa ou em casas de repouso (no caso de indivíduos institucionalizados) e em morbimortalidade.

Método

Estudo retrospectivo, tipo caso-controle. Os sujeitos de estudo foram pacientes com 65 anos ou mais, usuários do Sistema de Saúde de Andaluzia (SAS), pertencente ao Distrito de Saúde de Córdoba-Guadalquivir (formada por 13 centros de saúde urbanos, seis periurbanos e 24 rurais), sendo um total de 76,452 pacientes. Os critérios de inclusão para todos os grupos foram: 65 anos ou mais e diagnóstico de duas ou mais doenças crônicas, desde primeiro de janeiro de 2013, pessoas integradas na área de influência do distrito mencionado e subsidiárias que recebem assistência em casa (a casa do paciente ou casa de repouso) pelos profissionais de enfermagem em seu centro de referência de saúde. Constituíram o grupo de casos, os pacientes que receberam visitas agendadas, com média de seis ou mais visitas por ano⁽⁵⁾ (baseado no estudo de revisão Visita Domiciliar Programada de Enfermagem a pessoas acima de 65 anos, publicado pelo Ministério da Saúde e Consumo Espanhol, em 2002) em sua casa, pelo profissional de enfermagem, sendo o grupo controle o dos pacientes que receberam atenção domiciliar cinco vezes ou menos, por ano. Para o cálculo da variável do tamanho da amostra foi tomado como referência os principais resultados: percentual de pacientes que morreram durante os 18 meses de acompanhamento (taxa de mortalidade); baseando-se nos resultados obtidos por um ensaio clínico sobre visita domiciliar à população idosa frágil⁽¹⁰⁾. Utilizou-se o programa EPIDAT 3.1 (cálculo do tamanho da amostra para a estimativa do risco relativo) de acordo com os seguintes critérios: exposições ao risco (teste de intervenção), 14% de mortalidade; riscos não expostos (funcionamento normal), 18% de mortalidade; e risco relativo esperado: 0,778. Razão entre grupo caso

e controle de 1:1. Nível de confiança: 95%, precisão relativa de 80% e tamanho da amostra de 826 sujeitos por grupo, estimando-se uma taxa de ausência de resposta de 10%. $N_{final} = N_{anterior} [1/(1-R)] = 826 [1/(1-0,10)] = 918$ sujeitos/grupo. Amostra total: 1836. Os pacientes com idade superior a 65 anos nas duas áreas que compõem o distrito Córdoba-Guadalquivir são de 76.452. Área de Córdoba (capital): 53.898 (70,50 76.452%) 1294. Área de Guadalquivir (provincia): 22.554 (29,50% de 76.452) 542 idosos. Posteriormente criou-se duas sequências aleatórias de pacientes que formaram parte da amostra. As fontes de dados foram a Base de Dados do Distritos de Saúde Referenciado e o Histórico Clínico Digitalizado (DIRAYA), é nesta última, encontram-se as ferramentas clinimétricas usais para a atividade profissional de enfermagem: questionários validados de avaliação funcional (Barthel)⁽¹¹⁾ e (Lawton e Brody)⁽¹²⁾; cognitivo (Test de Pfeiffer)⁽¹³⁾; Risco de Úlceras por Pressão (Norton)⁽¹⁴⁾, risco de quedas (risco de quedas múltiplas)⁽¹⁵⁾ e o questionário para avaliação das necessidades básicas, de acordo com Virginia Henderson, modelo de escolha na área estudada. As principais variáveis foram morbidade e mortalidade; e as variáveis descritivas: número de visitas domiciliares pelo profissional de enfermagem e dados sociodemográficos, atendimento clínico e saúde social do paciente. A coleta de dados ocorreu através do levantamento dos históricos médicos dos pacientes, selecionados por amostragem designada; realizada entre maio e setembro de 2013; a informação recolhida do histórico foi limitada em um ano antes da data do levantamento. Para análise dos dados foram utilizados os programas estatísticos SPSS 15, e análises descritivas: medidas de tendência central, dispersão e posição nas variáveis quantitativas de interesse; tabulação e cálculo das frequências absolutas e relativas nas qualitativas. Foram utilizados na análise da inferência estatística: técnicas não paramétricas, com diferenciação entre casos e controles e teste de comparação de proporções pelos contrastes χ^2 . Em relação às variáveis quantitativas, realizaram-se comparações das médias, utilizando contrastes de Wilcoxon-Mann-Whitney em todas as variáveis que foram consideradas relevantes. A análise dos resultados das variáveis (mortalidade, morbidade) foram cruzadas com as variáveis socio-demográficas e outras variáveis de interesse ou incluídas no estudo; ao qual foi utilizado c^2 de Pearson ou teste exato de Fisher, juntamente com tabelas de contingência, para as quais foram calculadas as frequências em conjuntos com cada uma das modalidades. Todos os contrastes usados

foram bilaterais, com nível de confiança de 95%. Além disso, esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética de Pesquisa da Província de Córdoba, respeitando-se a Lei Orgânica 15/1999, de 13 de dezembro, de Proteção de Dados Pessoais.

Resultados

A apresentação dos resultados realiza-se em dois blocos de exposição, a primeira parte do conjunto de amostra (1743), comparando pacientes em atenção domiciliar por profissionais de enfermagem e sem ela (199-1544) e um segundo bloco, constituído por pacientes que receberam em casa visitas de profissionais, 197 casos e 1546 controles. Dos 1836 pacientes obtidos na amostragem, 93 foram excluídos por não apresentarem registros de históricos clínicos no período de estudo, mantendo 1743 pacientes como amostra final (N); destes, 1546 não receberam visita de enfermagem em casa e 199 sim. Do total (N. 1743), 1050 eram mulheres e 693 homens (60,2%) (39,8%). A idade média das pessoas que receberam a visita de enfermeiros foi de 81,99 (0,539 ET), contra 74,87 (0,183 ET) dos que não receberam, sendo 82,82 anos (0,611 ET) de mulheres e 79,91 (ET 1,06) de homens. Em relação à idade, nos casos são maiores que nos controles, com média de 82,89, contra 74,76 (ET 0,541-0,179, respectivamente). Mostrando que há diferença entre homens e mulheres incluídas no atendimento domiciliar, sendo as mulheres mais velhas, 82,82. A tabela 1 descreve a morbidade em termos de doenças crônicas mais prevalentes. A média de patologias é de 2,92 (DT 1.449), em pessoas com três ou mais doenças, com o maior percentual (27,8%), seguido por aquelas com duas (24,8%) e quatro (18,5%). Em média, as mulheres apresentam mais doenças que os homens, 3,01 e 2,78, respectivamente (0,0045 ET). Os pacientes que receberam visita da enfermagem apresentam maior número de doenças, com média de 3,76 (0,107 ET), enquanto de 2,81 para aqueles que não receberam este serviço.

Em relação ao consumo de medicamentos, 90,5% dos pacientes tomam medicação (55,4% de mulheres e 35,2% homens). Em média, as mulheres consomem mais remédios que os homens, 6,88 (0,119 ET); e ao comparar o consumo de medicamentos entre os pacientes que recebem visitas domiciliares e aqueles que não, a média de consumo é maior nos primeiros, de 8,42 (ET 0,269). Os casos consomem mais

medicamentos (em número) do que os controles ($p < 0,001$), com uma média de 8,79 para 6,31 (DT 3, 3-65, 54, respectivamente). Das 1.743 pessoas estudadas, 199 recebem visitas de enfermagem, representando 11,4% do total (8,1% mulheres e 3,3% homens). No que diz respeito aos recursos para a saúde, em geral, neste estudo, é baixo o número de registros, não permitindo inferir sua não utilização; exceto para auxílio aos pacientes que recebem visitas domiciliares e que solicitam, sendo 45,7%; contra os dados do total da amostra (Tabela 2)

Em termos de localidade da residência habitual (casa ou casa de repouso), 96,6% dos pacientes vivem em sua casa (57,8% das mulheres e 38,7% dos homens) e casa de repouso 3,2% (2,2% são mulheres); a idade média é de 82 (DT 7.4) para a residência habitual, frente a 82.121 daqueles que residem em casa de repouso (DT 8,91); a presença de cuidador principal (C. PPal) não é identificada em 52,8% dos pacientes que receberam as visitas em casa, de acordo com a Tabela 3, sendo a média de idade maior em pacientes com cuidador principal ($p < 0,001$).

Tabela 1 - Doenças crônicas na amostra total (n = 1743). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

Doença	N pacientes	Porcentagem	Homens %	Mulheres %	Diferença por sexo
Cardiovascular	1392	79.9	31.0	48.9	Não
Respiratória	333	19.1	10.0	9.1	Sim (H)
Osteomuscular	894	48.7	12.6	36.1	Sim (M)
Digestória	379	21.7	7.9	13.9	Não
Metabólica	607	34.8	13.1	21.7	Não
Urinária	391	22.4	10.8	11.6	Sim (H)
Neurológica	163	9.4	3.8	5.5	Não
Mental	260	14.9	3.4	11.5	Sim (M)
Tumoral	194	11.1	6.6	4.5	Sim (H)
Outras doenças	523	30.0	11.4	18.6	Não

Tabela 2 - Pedido de ajuda para a dependência, de acordo com gênero e meio, em toda amostra (n=1743). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

Localidade			Sexo		Total
			Homem	Mulher	
Rural	Não	Contagem	212	247	459
		% do total	41,5%	48,3%	89,8%
		Solicitação de prestação			
	Sim	Contagem	12	40	52
		% do total	2,3%	7,8%	10,2%
		Total			
Urbano	Não	Contagem	418	618	1036
		% do total	33,9%	50,2%	84,1%
		Solicitação de prestação			
	Sim	Contagem	51	145	196
		% do total	4,1%	11,8%	15,9%
		Total			
		Contagem	469	763	1232
		% do total	38,1%	61,9%	100,0%

Em relação ao número de visitas de enfermeiros e cuidador principal, os dados indicam que existem diferenças significativas ($p < 0,001$), sendo mais frequentes visitas ao paciente quando o cuidador principal é identificado. A média de visitas do enfermeiro é de 2,44 (DT 12.479) para pacientes que vivem em casa e 4,75 (DT 5.148) dos que residem em casas de repouso, nas zonas rurais; sendo de 2,95 (DT 19.67) e 6,08 (DT 11.28) em área urbana. Tanto na zona rural quanto urbana há maior número de visitas de enfermeiros aos

pacientes que vivem em casa ($p < 0,001$). Em relação aos documentos específicos de avaliação (ferramentas de clinimétricas), 70% não tem Barthel, 85,4% não têm o teste de Pfeiffer, 95,6% não tem nenhum Salwton, 93,1% não têm Norton, 94,6% não tem o teste de queda e 73,8% não tem registrado o modelo de avaliação de cuidado de Virginia Henderson; por outro lado, 81,7% não tem registrado o plano de assistência de enfermagem. Do número total de pacientes (N. 1743) 11% tem a Avaliação de Necessidades e Plano

de Assistência. Ao analisar estas variáveis em pacientes exclusivos, que recebem visita domiciliar de enfermeiros (N199), a média de questionários realizados é de 2.12 (DT 1.39), de Barthel com 75,4%, sendo o mais frequente, seguido de Pfeiffer, com 44,2% e Norton com 33,2%. Os pacientes que tem registrado sua avaliação de histórico médico e plano de assistência são 40,7%, enquanto 20,6% não apresentam avaliação, nem plano de assistência; 33,7% tem avaliação, mas sem plano de assistência; 5,0% não tem avaliação, mas plano de assistência. Quanto aos casos e controles, 45,7% dos casos tem plano de assistência e 8,6% dos controles; existindo relação significativa entre ter plano ou não e estar incluído no atendimento domiciliar ($p < 0,001$). Por outro lado, existem diferenças no número de patologias,

utilização dos recursos e realização dos questionários, sendo que o grupo de casos apresentou valores mais altos nestas variáveis, em relação ao grupo controle (Tabela 4).

Além disso, o número de pacientes que tiveram as visitas iniciadas e morreram durante a coleta de dados foi 32, e destes, 17 recebiam visitas domiciliares; a média de dias de vida foi de 724 dos que tinham visita e 586,4 daqueles que não (DT 451-652, 57, respectivamente); não havendo diferença significativa no tempo de vida entre casos e controles. As doenças de Odds Ratio (Sim/não) / casos e controles foi de 6,5254 [IC 95% = (2,8642-14,8664)], indicando maior probabilidade de doenças nos casos do que nos controles.

Tabela 3 - Cuidador principal identificado - visita domiciliar - sexo (n=1743). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

Visita	Domiciliar	Sexo		Total		
		Homem	Mulher			
Não	*CPpal identificado	Não identificado/Não tem	Contagem	610	806	1416
			% do total	39,5%	52,2%	91,7%
	Identificado	Contagem	26	102	128	
		% do total	1,7%	6,6%	8,3%	
	Total	Contagem	636	908	1544	
		% do total	41,2%	58,8%	100,0%	
Sim	*Cppl identificado	Não identificado/Não tem	Contagem	31	74	105
			% do total	15,6%	37,2%	52,8%
	Identificado	Contagem	26	68	94	
		% do total	13,1%	34,2%	47,2%	
	Total	Contagem	57	142	199	
		% do total	28,6%	71,4%	100,0%	

*Cuidador principal

Tabela 4 - Patologia, recursos de saúde e visitas do enfermeiro em casos e controles (n=1743). Córdoba, CAA, Espanha, 2014

	Grupo		Estatística	Erro tip.
Patologias	Controles	Média	2,80	,036
		Desv. típ.	1,408	
	Casos	Media	3,87	,101
		Desv. típ.	1,418	
Recursos	Controles	Media	,06	,008
		Desv. típ.	,317	
	Casos	Media	,48	,053
		Desv. típ.	,746	
Questionários	Controles	Media	,50	,024
		Desv. típ.	,960	
	Casos	Media	2,32	,098
		Desv. típ.	1,380	
Visitas Enfermagem	Controles	Media	2,06	,078
		Desv. típ.	3,053	
	Casos	Media	1,93	,237
		Desv. típ.	3,325	

Discussão

De início, é necessário salientar que, o estudo possui certas limitações, decorrentes das deficiências encontradas em registros (perda de dados), viés da informação dada pela heterogeneidade dos profissionais que realizam os registros mencionados e as diferenças nos procedimentos de trabalho nos centros de saúde estudados. Embora o Programa de Visita Domiciliar (PVD), previsto no portfólio de serviços de Atenção Primária do Ministério⁽¹⁶⁾, dirige-se a pessoas incluídas nos protocolos de imobilidade, pacientes terminais, altas hospitalares com continuidade de cuidados, pessoas com patologias debilitantes, pessoas idosas com patologia crônica e outros casos, e como afirmado anteriormente, este estudo incluiu pessoas com 65 anos ou mais, com ou sem visita agendada de enfermagem; então, a primeira coisa que deve-se notar, e que chama a atenção, é a baixa cobertura do PVD; idosos que recebem em casa visitas de enfermagem representam uma porcentagem menor (11,4%) do que a prevalência estimada para este serviço (15% das pessoas com idade superior a 65 anos)⁽¹⁶⁾. Em termos de gênero, as pessoas que mais recebem cuidados domiciliares são as mulheres, corroborando com outros trabalhos com características similares⁽¹⁷⁾. De acordo com a EDAP (Inquérito sobre Deficiência, Autonomia Pessoal e Situações de Dependência)⁽¹⁸⁾, em 2008, residiam na Espanha, em casa (excluindo pessoas institucionalizadas) 2.227.086 pessoas com 65 anos de idade ou mais, com pelo menos uma deficiência e 66% eram mulheres. Em relação à habitação, a maioria vive em casa e uma porcentagem menor em instituições, coincidindo com os dados do Observatório de Pessoas Idosas do IMSERSO⁽¹⁹⁾. Referente aos cuidadores familiares, apenas metade dos pacientes possui, porém, neste estudo, não foi classificado o sexo ou parentesco destes membros importantes, quando se fala de pessoas dependentes; na literatura, na maioria dos casos, os cuidadores são as mulheres da família, como filha ou cônjuge⁽²⁰⁾. Nas características clínico-epidemiológicas destaca-se a presença de doenças crônicas, com média de quatro; um total de nove diagnósticos médicos coletados, processos cardiovasculares, osteomusculares e metabólicos são os predominantes; esta situação coincide com outros estudos que incluem ensaios clínicos em pacientes com hipertensão, no Canadá⁽²¹⁾, mostrando que de 89% a 100% tinham várias doenças crônicas, com média entre cinco e 12. Em relação ao consumo de medicamentos, pacientes que vivem em casa são altamente medicados, com média de consumo superior

a oito, semelhante a outros estudos⁽²²⁾; envolvendo riscos na segurança do paciente, por descuidos nos horários dos remédios, duplicação terapêutica, erros de prescrição, interações ou efeitos adversos⁽²³⁾. Sobre o uso material e serviços de apoio para autonomia e dependência, destaca-se a baixa cobertura, embora seja necessário levar em conta a limitação do estudo, pois as informações coletadas no histórico médico podem ser pobres em registros de dados; o andador parece ser o material técnico mais utilizado e o auxílio em domicílio a menos utilizada, aspecto inconsistente com a literatura⁽²⁴⁾, mas em ambos os casos, são as mulheres com maior porcentagem que necessitam dos mesmos. Em termos de avaliação das atividades realizadas pela enfermagem, o levantamento foi incompleto, devido à heterogeneidade das atividades e o modo de registro das mesmas. Observa-se que, atividades registradas, na maioria, referem-se a procedimentos diagnósticos e terapêuticos (extração de sangue, curativos, injeções, avaliação de TA e glicemia capilar etc). Um estudo publicado recentemente⁽²⁵⁾ refere-se à Enfermagem Comunitária como coordenadora da saúde a pessoas frágeis e em idade avançada; dados que contrastam com os encontrados no presente estudo, onde é surpreendente a baixa utilização de ferramentas clinimétricas, base fundamental para desenvolvimento de planos de assistência e determinação das intervenções mais adequadas na resolução de cada caso. Os questionários mais utilizados são o Barthel e Pfeiffer, justificados pela maioria dos questionários estarem presentes na preparação do Relatório de Condições de Saúde para se candidatar a dependência de auxílio, significando sua realização por um interesse prévio do usuário, que deve solicitar a assistência; e não por um fim clínico, dirigido pelos profissionais. Quando são analisadas características de bem-estar, as pessoas que receberem mais visitas de enfermagem são as institucionalizadas e em ambiente urbano, seguido do institucionalizado em ambiente rural, aspecto contrastante, quando, teoricamente, os pacientes institucionalizados recebem maior assistência da instituição; o baixo número de visitas coincide com outros estudos, entre os quais encontram-se no relatório SESPAS (Sociedade Espanhola de Saúde Pública e Administração de Saúde), de 2012⁽²⁶⁾, incentivando o aumento do número e a qualidade das visitas em casa, e que a eficácia das mesmas depende da regularidade com que o paciente é seguido e a estabilidade dos programas. Os resultados deste estudo demonstram que a situação da visita domiciliar não melhorou, em comparação ao passado⁽⁵⁾, sendo necessário aumentar a cobertura dos

programas de visita domiciliar, com monitoramento mais intenso e protocolos de atuação que contemplem uma avaliação abrangente do idoso, destinada a acompanhar a situação de saúde, acompanhamento dos cuidados, realização de ações de prevenção, especialmente relacionada à segurança do paciente e qualidade de vida em seus últimos anos; intervenção que pode medir seus efeitos⁽²⁷⁾. Sobre a abordagem deste estudo foram definidos quatro grupos: sem visita e com visita do enfermeiro na amostra total, e controles (seis ou mais visitas) e casos (cinco ou menos visitas). Dos quatro grupos, a intervenção de enfermagem não parece acarretar diferenças em termos de resultados de saúde; o Odds Ratio obtido, a probabilidade de ficar doente, permite inferir que a visita domiciliar não age como um fator de proteção, indo até as casas quando as doenças já estão estabelecidas. Por outro lado, pode ser que haja preconceito ou discriminação involuntária, por gênero, nas visitas de enfermagem, que afetam a mulher idosa; pois, como indicam os dados, a maioria dos idosos são mulheres, que residem em sua casa, recebendo menos visitas, tendo um número significativo daquelas que não recebem visitas e sem cuidador principal.

Conclusão

As visitas domiciliares de profissionais de enfermagem apresentam baixa frequência e as características dos documentos específicos de avaliação e planejamento da assistência de enfermagem não permitem avaliar a atividade de enfermagem e o impacto na morbidade e mortalidade de pessoas atendidas; os dados sugerem que a intervenção ocorre quando já apareceu o problema de saúde; e que a avaliação é uma tarefa mecânica, sem seguir o planejamento, não permitindo obter resultados de saúde. Supõe-se que, a demanda de medicamentos justifica a intervenção e, portanto, havendo ausência de prevenção. Assim, propõe-se uma linha de estudo dirigida ao atendimento rigoroso de pessoas idosas, que realize precocemente a avaliação funcional, intervindo na prevenção multifatorial.

Referências

1. Zaidi A. Índice Global del envejecimiento 2014. Informe en profundidad. HelpAge International. [acesso 8 dez 2014]. Disponível em: www.globalagewatch.org
2. Calisapié Lopesino P, Balbantin López-Ceron A, Porrás Muñoz M, Matero Echano Gorria A. Envejecimiento Activo. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. IMSERSO; 2011. [acesso 13 dez 2014]. Disponível em: http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.ht
3. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Coordinadores. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid. Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención Primaria; 2009. [acesso 13 dez 2014]. Disponível em: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>
4. Malvárez S. El reto de Cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):520-30
5. Fuentelsaz Gallego C, De Frutos Sánchez D, Moreno Casbas T, Comet Cortes P, Martín Arribas MC. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería a Personas Mayores de 65 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III; 2002. [acesso 13 dez 2014] Disponível em: http://bvs.isciii.es/mono/pdf/INVESTEN_02.pdf
6. Del-Pino-Casado R, Millán-Cobo MD, Palomino-Moral PA, Frias-Osuna A. Cultural correlates of burden in Primary caregivers of older relatives: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship.* 2014; 46 (3): 176-86
7. Morales Asensio JM. Efectividad de los modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática. *Rev Cal Asist.* 2006;21:51-60.
8. Badiel M, Cepeda MC, Ordoñez C, Pino LF, Loaiza JH, Aboutanos M. Trauma en mayores de 65 años. Experiencia en 2 hospitales Universitarios en Cali. *Panam J Trauma,Crit Care Emergency.* 2013;2(1):21-5.
9. Alcock M, Chilvers C. Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesth Intensive Care.* 2012;40:90-4.
10. Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects of a home visiting programme for older people with poor health status: a randomised clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(3):397-404.
11. Mahoney F L, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J.* 1965;14:61-5.

12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
13. Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129-34.
14. Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989; 2:10.
15. Tromp AM, Pluijm SM, Smit JH, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(8):837-44.
16. Ichaso MS. Coordinación. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [acceso 13 dez 2014]. Disponible em: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf
17. Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit*. 2011;25(S):5-11.
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades. Tabulaciones web (1999 y 2008). [acceso 24 jul 2014]. Disponible em: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
19. Díaz Martín R. Coordinadora. Las personas mayores en España. Informe 2008/Tomo I. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO; 2009. [acceso 13 dez 2014] Disponible em: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/infpmm2008.pdf>
20. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas del cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85: 257-66.
21. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities?. *Ann Fam Med*. 2006;4(2):104-8.
22. Molina López T, Caraballo Camacho MO, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44(4):216-22.
23. Budnitz DS, Lovergrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. *N Engl J Med*. 2011;136:2002-12.
24. Del Pozo Rubio R, Escribano Sotos F, Moya Martínez P. El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. *Gac Sanit*. 2011;25(s):93-9.
25. Steve F. Community nursing offers an increasing range of career paths. *Nurs Times*. 2014;110(46):S2-S3.
26. Corrales Nevado D, Alonso Barrado A, Rodríguez Lozano MA. Continuidad de Cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):63-8.
27. McHugh GA, Horne M, Chalmers KI, Luker KA. Specialist Community Nurses: A Critical Analysis of Their Role in the Management of Long-Term Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2009 Oct;6(10):2550-67.

Recebido: 29.07.2014

Aceito: 23.02.2015