

## Riscos domiciliares: análises ambientais realizadas com pessoas idosas e enfermeiros da atenção primária à saúde

*Domestic risks: environmental analyses carried out with elderly people and primary health care nurses*  
*Riesgos domésticos: análisis ambientales realizados con personas mayores y enfermeros de la atención primaria de salud*

**Daniela da Silva Bezerra<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5088-5044

**Nayara Kalila dos Santos Bezerra<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2312-1203

**Raquel Voges Caldart<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8679-9519

**Paulo Sérgio da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2746-2531

### Resumo

**Objetivo:** Analisar os riscos presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas. **Métodos:** Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido na rede municipal de Atenção Primária à Saúde de Boa Vista - Roraima. O grupo social envolvido nesta investigação foi constituído por 22 participantes, distribuídos em dois subgrupos: 11 pessoas idosas e 11 enfermeiros que acompanham os idosos selecionados em seu domicílio. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os achados foram analisados segundo o referencial teórico-analítico de conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** Os riscos presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas foram organizados em três grandes dimensões categóricas: comportamentais, biológicas e físicos. Nesse sentido, ações como limpar, lavar, cozinhar, o uso ineficaz de medicamentos, hábitos alimentares inapropriados, diagnóstico de doenças crônicas, declínio das funções fisiológicas, vasos sanitários desalinhados, objetos no chão, uso de tapetes, piso liso, quebrado e molhado, foram considerados elementos indutores de risco à saúde da pessoa idosa em seu lar. **Conclusão:** A tríade comportamento, biologia e ambiente representou um complexo-chave para pensar os riscos que influenciam o processo saúde-doença das pessoas idosas domiciliadas a partir de análises nightingaleanas.

**Descritores:** Ambiente Domiciliar; Atenção Primária à Saúde; Acidentes por Quedas; Vulnerabilidade em Saúde; Enfermagem Geriátrica.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Roraima.  
Boa Vista, Roraima, Brasil.

Autor correspondente:  
Paulo Sérgio da Silva  
E-mail: [psilva2008@gmail.com](mailto:psilva2008@gmail.com)

#### O que se sabe?

A literatura atual apresenta no âmbito da atenção primária à saúde riscos domiciliares de natureza física, biológica, química e de interações humanas causadores de danos à pessoa idosa.

#### O que o estudo adiciona?

O estudo analisa e teoriza elementos indutores de riscos ambientais que interferem no processo saúde-doença da pessoa idosa domiciliada a partir de três dimensões, a saber: comportamentais, biológicas e físicas.



Como citar este artigo: Bezerra DS, Bezerra NKS, Caldart RV, Silva PS. Riscos domiciliares: análises ambientais realizadas com pessoas idosas e enfermeiros da atenção primária à saúde. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2023 [citado em: dia mês abreviado ano];12:e3614. doi: 10.26694/reufpi.v12i1.3614

### Abstract

**Objective:** To analyze the risks present in the home environment of elderly people. **Methods:** Exploratory-descriptive study with a qualitative approach, developed in the Primary Health Care municipal network of Boa Vista - Roraima. The social group involved in this investigation consisted of 22 participants, divided into two subgroups: 11 elderly people and 11 nurses who accompany the selected elderly in their homes. Semi-structured interviews were carried out and the findings were analyzed according to the theoretical-analytical framework of Laurence Bardin's content. **Results:** The current risks in the home environment of elderly people were organized into three major categorical dimensions: behavioral, biological and physical. In this sense, actions such as cleaning, washing, cooking, the ineffective use of medication, inappropriate eating habits, diagnosis of chronic diseases, decline in physiological functions, misaligned toilets, objects on the floor, use of rugs, smooth, broken and wet floors, they were considered risk-inducing elements to the health of the elderly person in their home. **Conclusion:** The triad of behavior, biology and environment represented a key-complex for thinking about the risks that influence the health-disease process of elderly people living at home based on Nightingale's analyses.

**Descriptors:** Home Environment; Primary Health Care; Fall Accidents; Health Vulnerability; Geriatric Nursing.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar los riesgos presentes en el ambiente domiciliario de las personas mayores. **Métodos:** Estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo, desarrollado en la red municipal de Atención Primaria de Salud de Boa Vista - Roraima. El grupo social involucrado en esta investigación estuvo compuesto por 22 participantes, divididos en dos subgrupos: 11 personas mayores y 11 enfermeros que acompañan estos pacientes seleccionados en sus domicilios. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizaron los hallazgos según el marco teórico-analítico de contenido de Laurence Bardin. **Resultados:** Los riesgos presentes en el ambiente domiciliario de las personas mayores fueron organizados en tres grandes dimensiones categóricas: comportamentales, biológicas y físicas. En este sentido, acciones como limpiar, lavar, cocinar, el uso ineficaz de medicamentos, hábitos alimenticios inadecuados, diagnóstico de enfermedades crónicas, disminución de funciones fisiológicas, sanitarios desalineados, objetos en el piso, uso de alfombras, pisos lisos, rotos y mojados, fueron considerados elementos inductores de riesgo para la salud de los mayores en su domicilio. **Conclusión:** La tríada de comportamiento, biología y ambiente representó un complejo clave para pensar los riesgos que influyen en el proceso salud-enfermedad de las personas mayores que viven en el hogar a partir de los análisis de Nightingale.

**Descriptoros:** Ambiente en el Hogar; Atención Primaria de Salud; Accidentes por Caídas; Vulnerabilidad en Salud; Enfermería Geriátrica.

## INTRODUÇÃO

A influência que o ambiente exerce sobre os indivíduos foi cuidadosamente observada e descrita por Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem Moderna. A apropriação dos conceitos relacionados ao ambiente é inerente ao pensamento crítico holístico de que a Enfermagem Fundamental é responsável pela ética profissional, pela observação, pela criatividade e, principalmente, pelas análises ambientais durante as práticas de cuidar.<sup>(1,2)</sup>

Diz-se que ela orienta todos os enfermeiros quanto aos aspectos ambientais quando diz que a enfermagem, no desenvolvimento de suas ações de cuidar, deve significar o uso de ar puro, silêncio, aquecimento, iluminação, limpeza e seleção adequada tanto da dieta quanto da forma de servi-la.<sup>(3)</sup>

As notas nightingaleanas, contudo, não se limitaram a proporcionar um ambiente saudável apenas aos hospitais. Nelas, constam definições sobre o ambiente como local em que se encontra o doente e/ou os familiares, numa inter-relação de componentes físicos, sociais e psicológicos. Nesta perspectiva, são aplicados métodos e orientações para pessoas em seus domicílios com o objetivo de criar e manter ambientes favoráveis à saúde.<sup>(4)</sup>

Sabe-se que o ambiente domiciliar é um dos locais onde os indivíduos passam a maior parte do seu tempo. Em vista disso, é fundamental a adoção de boas práticas em saúde dentro das casas, a fim de minimizar os potenciais riscos à saúde, garantindo, assim, uma habitação saudável que permita à pessoa idosa o envelhecimento ativo.<sup>(5)</sup> Além das práticas em saúde, como preditores de bem-estar, outros determinantes são elementares ao envelhecimento saudável, a saber: adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, como autorresponsabilidade, sentimentos de otimismo e felicidade, fé e religiosidade, reciprocidade no apoio social e capacidade de viver com autonomia e independência.<sup>(6)</sup>

Nesse prisma, é pertinente salientar que as condições ambientais, comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos do ser humano durante toda a vida. Por conseguinte, a vulnerabilidade da pessoa idosa é condicionada por multivariados elementos que podem ou não estarem correlacionados, dentre os quais se destacam: envelhecimento biológico, declínio da saúde, ineficiência dos serviços de saúde, hospitalizações frequentes, redes sociais inadequadas e os ambientes onde vivem.<sup>(7)</sup>

Nessas condições, a atuação do enfermeiro no ambiente domiciliar oportuniza uma interação paciente e familiar de maneira profunda e singular. Reforça-se o papel de educador do enfermeiro ao

propagar o saber científico aliado ao saber popular, incentivando a participação da família quanto aos possíveis riscos à saúde que seu domicílio pode gerar à pessoa idosa. Somado a isto, a prestação de cuidado particularizado à pessoa idosa promove que esta assuma uma função ativa no processo de cuidar, fortalecendo sua autonomia e autocuidado. Dessa forma, reflexões e novos hábitos de vida saudáveis são promovidos a favor do envelhecimento ativo, reafirmando a enfermagem enquanto ciência.<sup>(8)</sup>

Apresenta-se, assim, na abordagem dos riscos presentes no ambiente domiciliar, uma lacuna do conhecimento representada pela carência de estudos envolvendo pessoas idosas e enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Isto porque a literatura nacional atualmente apresenta na perspectiva *nightingaleana* uma vasta produção científica sobre a temática dos riscos direcionada para as instituições de longa permanência para pessoas idosas.<sup>(9)</sup>

Diante do exposto, emerge a seguinte questão norteadora deste estudo: quais são os riscos presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas?

Esse problema contextual configura o seguinte objetivo desta investigação: analisar os riscos presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. A investigação foi desenvolvida na rede municipal de Atenção Primária à Saúde de Boa Vista, capital do estado de Roraima. A rede é organizada em oito macro áreas, onde atuam 60 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em 34 unidades básicas de saúde (UBS). As zonas que possuíam UBS destinadas ao atendimento exclusivo de pacientes com suspeita ou caso leve de COVID-19, foram excluídas desta investigação. Dessa forma, foram selecionadas onze UBS por conveniência, considerando a aceitação dos participantes ao estudo.

Após a inclusão de cada UBS, foi realizado o contato com a equipe multiprofissional atuante, em especial com os enfermeiros, pois eles foram os atores facilitadores para o alcance das pessoas idosas. Logo, o grupo social envolvido nesta investigação foi constituído por 22 participantes distribuídos em dois subgrupos: onze enfermeiros e onze pessoas idosas acompanhadas por eles em seu domicílio, com o objetivo de analisar diferentes perspectivas de riscos ambientais. Todos os participantes do estudo foram selecionados por conveniência e a população idosa, indicada pelo enfermeiro da UBS.

A seleção das pessoas idosas obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: idade de 60 anos ou mais; com análise do estado cognitivo realizada a partir da prática clínica dos enfermeiros da UBS; e que residiam em casas cadastradas formalmente junto à UBS responsável em cobrir a área adstrita do domicílio. A seleção dos enfermeiros obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estar trabalhando na UBS por, no mínimo seis meses; e ter realizado pelo menos uma visita domiciliar ao lar da pessoa idosa.

No que diz respeito aos critérios de exclusão das pessoas idosas, não participaram da investigação: aquelas que estavam sozinhas no domicílio no ato da visita para coleta de dados; com ausência de recepção em três tentativas de coleta na casa da pessoa idosa indicada pelo enfermeiro; pessoas idosas de nacionalidade venezuelana, justificada pela constante mudança de endereço residencial. Quanto aos enfermeiros, foram excluídos da investigação: profissionais que não tinham algum tipo de especialização; professores-enfermeiros de campo de estágio supervisionado obrigatório; e enfermeiros de outras nacionalidades.

A produção dos dados foi realizada no segundo semestre de 2021, a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado em dois momentos por uma única pesquisadora que não possui relação direta com os participantes do estudo. Primeiramente, foram entrevistadas as pessoas idosas previamente selecionadas; depois, o respectivo enfermeiro responsável por cuidar da pessoa idosa em seu domicílio. As coletas com os idosos ocorreram em seus próprios domicílios; com os enfermeiros, na respectiva UBS onde atuam. Todas as coletas tiveram a presença de não-participantes, tais como: familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

Cabe ainda salientar que as perguntas presentes no instrumento de coleta de dados não foram crivadas à validação por um teste-piloto e a descontinuidade da coleta ocorreu pela repetição dos temas primários em todas as entrevistas. O procedimento utilizado para o registro das informações foi a gravação por meio de dispositivo eletrônico com recurso de *MP3 Player* e posterior transcrição manual dos áudios, totalizando 18 horas e 50 minutos, distribuídas em 5 horas e 20 minutos no acumulado dos idosos e 13 horas e 30 minutos no consolidado dos enfermeiros.

Os dados brutos transcritos foram devolvidos aos participantes do estudo e o processo de análise foi realizado manualmente, por dois pesquisadores, à luz do referencial teórico-analítico de conteúdo disposto em Laurence Bardin.<sup>(10)</sup> Essa proposta de análise organiza-se em torno de três fases cronológicas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e por fim, 3) tratamento dos resultados. Para fins de organização, os achados foram categorizados em três dimensões, sendo elas respectivamente: comportamentais, biológicas e físicas. Todas apresentaram similaridades no plano dos conteúdos da pessoa idosa e o respectivo enfermeiro responsável em cuidar dela no ambiente domiciliar.

Do ponto de vista ético, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de números 4.054.281 e 4.701.055, vinculados aos projetos investigativos intitulados “Cuidados realizados ao idoso no espaço domiciliar e na atenção básica: pensando a sistematização da assistência de enfermagem” e “Rastreamento de saberes e práticas gerenciais, assistenciais e educacionais no contexto da atenção primária à saúde”, respectivamente. Toda a produção dos dados foi precedida pela assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um Termo de Autorização para Gravação de Voz, em que os entrevistados se comprometeram a participar da investigação sem qualquer tipo de ônus e represálias. Cabe ressaltar que o anonimato dos participantes desta investigação foi mantido por meio da substituição dos nomes pelas palavras identificadoras “Pessoa Idosa” e “Enfermeiro”, seguidas de um número ordinal sequencial relacionado à ordem de ocorrência das entrevistas.

Assim, o estudo obedeceu às diretrizes previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi orientado pelos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa listados no instrumento de transparência de pesquisa qualitativa *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*.<sup>(11)</sup>

## RESULTADOS

Os riscos analisados nas entrevistas que estão presentes no ambiente domiciliar das pessoas idosas foram organizados em três dimensões categóricas: comportamentais, biológicas e físicas. Para a dimensão comportamental, foram pontuadas as atividades domésticas, déficit de conhecimento quanto à alimentação e o uso de medicamentos. Ilustrativamente, seguem alguns depoimentos representativos pareados relacionados a estes riscos:

“Não passo cera [piso de cimento queimado], só lavo direitinho com um sabão. Eu faço, eu mesma faço a comida e já me queimei [...]” (Pessoa Idosa 02)

“[...] ela [Pessoa Idosa] faz as coisas [atividades domésticas], mas a gente [profissionais da saúde] observa que é com dificuldade [...] então, na cozinha é onde oferece mais riscos para acidentes” (Enfermeiro 02)

“[...] eu mesma [Pessoa Idosa] preparo minha comida, varro a casa e cuido das coisas [...]” (Pessoa Idosa 03)

“[...] eu já falei para ela [Pessoa Idosa] aproximar os móveis da casa e parar de andar de pés no chão, mas não tem jeito” (Enfermeiro 03)

“[...] como qualquer coisa, o que eu sei que me faz mal, eu como” (Pessoa Idosa 04)

“[...] ela [Pessoa Idosa] é uma pessoa que cozinha muito e eu não consigo ver que ela tenha muitos cuidados com isso, com a alimentação” (Enfermeiro 04)

“Eu tomo os meus remedinhos, mas às vezes esqueço [...]” (Pessoa Idosa 07)

“[...] esquecer de tomar o remédio. Ele [Pessoa Idosa] toma o remédio errado [...]” (Enfermeiro 07)

No que diz respeito à segunda dimensão, relacionada aos riscos biológicos, foram analisadas as seguintes unidades de conteúdos: senilidade e senescência. Essas análises podem ser evidenciadas nos depoimentos ilustrativos apresentados a seguir:

“[...] a diabetes sobe se eu comer muito açúcar [...]” (Pessoa Idosa 01)

“[...] ela [Pessoa Idosa] é uma paciente diabética [...]” (Enfermeiro 01)

“[...] meus remédios da pressão [...] eu tenho problema de pressão alta” (Pessoa Idosa 06)

“[...] ela [Pessoa Idosa] tem comorbidades, Hipertensão Arterial Sistêmica [...]” (Enfermeiro 06)

“[...] eu tenho pressão alta e açúcar no sangue, tomo meus remedinhas, mas gosto de um salzinho [...]” (Pessoa Idosa 16)

“[...] eu oriento quanto aos riscos relacionados à alimentação ineficaz, ela [Pessoa Idosa] tem as crises hipertensivas e vai correndo atrás da gente [...]” (Enfermeiro 16)

“Só tenho os tremores na mão” (Pessoa Idosa 10)

“[...] ela [Pessoa Idosa] é diagnosticada com mal de Parkinson e apresenta dificuldades para fazer as coisas [...] não apresenta destreza manual [...]” (Enfermeiro 10)

“[...] eu não vejo nada direito e já cai em casa” (Pessoa Idosa 11)

“[...] ele [Pessoa Idosa] fica com a visão turva. O risco de ele escorregar e cair é muito alto” (Enfermeiro 11)

“[...] tenho problema de tontura, onde eu estiver, ou como eu estiver, já me agarro nos móveis da casa [...]” (Pessoa Idosa 18)

“Ela corre o risco de, por exemplo, derrubar [enfermeiro indicando um episódio de vertigem] água quente na cozinha ao fazer café [...]” (Enfermeiro 18)

Por fim, na sequência da exposição dos resultados são apresentados os depoimentos ilustrativos relacionados com a dimensão dos riscos físicos, onde foram analisados elementos físicos no interior do domicílio, conforme a seguir:

“[...] uma queda, tropeçar em alguma coisa e cair [...] os tapetinhos, não piso neles” (Pessoa Idosa 05)

“[...] porque ele [Pessoa Idosa] pode cair e uma queda é muito grave para uma pessoa idosa, para recuperação. Falo para ele não botar tapete, evitar os tapetinhos no meio da casa [...]” (Enfermeiro 05)

“Já aconteceu de eu cair no banheiro por conta do chão [...]” (Pessoa Idosa 08)

“[...] o risco de escorregar na hora do banho [enfermeiro indica piso escorregadio]” (Enfermeiro 08)

“[...] a cerâmica quebrada, risco da gente se cortar nela [...] O vaso [sanitário] também não tá bem apumado, tá tudo deteriorado” (Pessoa Idosa 09)

“[...] se tiver alguma coisa [enfermeiro se referindo ao piso do lar] que possa causar queda [...]. A idosa se sentar e acontecer de cair [...]” (Enfermeiro 09)

“[...] tropeço muito nos brinquedos da criança e faço é cair, mas hoje ando devagarinho pela casa [...]” (Pessoa Idosa 22)

“[...] eu oriento a ele [Pessoa Idosa] retirar as coisas do chão para evitar quedas e fraturas” (Enfermeiro 22)

## DISCUSSÃO

Os riscos no ambiente domiciliar de pessoas idosas permitiram tecer considerações direcionadas às especificidades dos indivíduos com 60 anos ou mais. O domicílio é considerado o lugar onde eles costumam passar a maior parte do tempo, visto que, com a idade avançada, as atividades sociais em comunidade tornam-se menos frequentes. Logo, a atenção quanto ao ambiente onde estas pessoas idosas permanecem por longos períodos deve ser o alvo principal dos enfermeiros.

Nesse sentido, discutir os riscos relacionados ao ambiente domiciliar analisados nos depoimentos das pessoas idosas em paridade com os depoimentos dos enfermeiros perpassa por três momentos distintos, sendo eles: comportamentais, biológicos e físicos. Certamente, o conhecimento sobre a prevenção e o tratamento para o envelhecimento saudável, em risco ou de pessoas que vivem com múltiplas condições de saúde no ambiente domiciliar ainda representa um obstáculo atual.<sup>(12)</sup> Nesta linha, é importante ressaltar o protagonismo das enfermeiras e enfermeiros que, orientados por Florence Nightingale, reconhecem que o principal objetivo da Enfermagem é o de dar ao ser humano oportunidade às melhores condições, de forma que o poder vital possa ser potencializado e, com isto, promovido a saúde e prevenidas as doenças, proporcionando conforto, apoio e educação.<sup>(13,14)</sup>

Dito isso, a primeira dimensão, que versa sobre os riscos comportamentais, aponta forte influência da autopercepção negativa que as pessoas idosas têm sobre a sua saúde e a autoimagem depreciada sobre a perda da autonomia e o declínio funcional. Essas fragilidades causam menor capacidade de cuidar de si mesmo e do entorno, o que acarreta algum grau de dependência para efetuar as atividades de vida diária que envolvem as semelhantes atividades já observadas nesta pesquisa. Os riscos comportamentais retratados versam sobre os serviços domésticos: lavar louças e roupas, preparar refeições e limpar a casa.<sup>(15,16)</sup>

Nesse sentido, os serviços domésticos efetuados por pessoas idosas oferecem riscos, a exemplo da queda. Lavar roupas no tanque e andar sobre o piso escorregadio decorrente dos respingos da lavagem, a necessidade de subir em um banquinho para pegar determinado objeto em armário elevado na cozinha, lavar o quintal ou banheiro da casa e projetar o corpo em piso completamente molhado, são exemplos de atividades arriscadas analisadas nos depoimentos.

Eventos de queda em pessoas idosas produzem diversos sentimentos, sobretudo pelo fenômeno da queda ou da nova queda nessa população. Tal medo, deve ser abordado pelos enfermeiros a fim de torná-lo algo útil para a prevenção de quedas, porém, sempre evitando a imobilidade e a perda funcional.<sup>(17)</sup> Além disso, o susto, a raiva e a vergonha, que é uma preocupação do idoso com a imagem que ele transparece ao outro. A possível interpretação de invalidez, doença, irresponsabilidade, imprudência ou loucura desencadeia o anseio de mostrar-se bem para a sociedade e romper com a ideia de que a queda está relacionada com a velhice. Conseqüentemente, a pessoa idosa se coloca em situações arriscadas para validar-se diante do outro e para reafirmar a autopercepção de sua condição enquanto pessoa idosa.<sup>(18)</sup>

Há de se reconhecer também na dimensão comportamental a alimentação da pessoa idosa. Observou-se que a maioria dos entrevistados é responsável pelo preparo da própria comida, o que pode contribuir para uma alimentação desequilibrada, por vezes com excesso de sal e açúcares, ou por ser composta de alimentos não adequados para manutenção da saúde. De acordo com o protocolo de uso do Guia Alimentar da População Brasileira, é recomendado para pessoas idosas o consumo de alimentos *in natura*, como frutas frescas ou secas, castanhas, tapioca, leite e iogurte natural, e que se evite o consumo de alimentos ultraprocessados, como biscoitos/bolachas, pães empacotados, embutidos, suco de caixinha ou em pó, refrigerantes, além de doces e guloseimas. Logo, é indispensável a orientação dessa população em como adotar uma alimentação equilibrada.<sup>(19)</sup>

Nesse contexto, a ação educativa é uma forte cúmplice, uma vez que capacita a população para acessar, compreender, transmitir e avaliar informações de saúde. Tal estratégia gera o fortalecimento nas relações das pessoas idosas com os profissionais da área da saúde, em especial, os enfermeiros, posto que estes cuidados de enfermagem repercutem positivamente na vida dos que vivenciam a velhice. Nesse sentido, as pessoas que experienciam o processo de envelhecimento precisam ser constantemente reforçadas sobre sua alimentação, pois apesar de compreenderem a necessidade de adotar uma dieta balanceada – sendo a diabetes mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) as doenças mais relatadas no estudo e diretamente afetadas pela alimentação –, muitos indivíduos apresentam-se resistentes a tais mudanças por estas interferirem consideravelmente na sua rotina.<sup>(20,21)</sup>

Além disso, é oportuno destacar que as pessoas idosas necessitam fazer uso contínuo de vários medicamentos. Um estudo observacional transversal realizado em Belo Horizonte, MG, evidenciou que a

frequência de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) na faixa etária até 70 anos foi elevada, correspondendo a 57,7% da amostra da Atenção Primária, ao passo que o perfil da população demonstrou ter mais de três doenças, indicado por 49,8% dos participantes. Resultados similares também constam em outro estudo transversal sobre a prevalência da polifarmácia em idoso ( $\geq 65$  anos), no qual 43% das pessoas relatam ter mais de três doenças crônicas.<sup>(22, 23)</sup>

Toda essa demanda de uso associado de diferentes terapias medicamentosas exige da população idosa muita atenção, organização e memória. Porém, por efeito do declínio funcional do envelhecimento biológico, tais características podem estar comprometidas, refletindo assim na falha em dar continuidade aos tratamentos, dificuldade de adesão e uso inadequado.

No contexto do padrão comportamental ineficaz no uso de medicamentos, a adoção de dispositivo eletrônico, embalagem com cartelas-calendário com o lembrete para o público idoso, apresentaram-se como alternativas de cuidado. O dispositivo se chama “Supermed” e é considerado uma excelente estratégia para elevar a adesão das pessoas idosas que, ocasionalmente, não tomam os remédios de forma correta por alguma limitação funcional, dificuldade de separação do medicamento, bem como a questão do esquecimento.<sup>(24)</sup>

Com efeito, na perspectiva da segunda dimensão analisada, que versa sobre os riscos biológicos, identificou-se de um lado conteúdos relacionados à senilidade; de outro, conteúdos relacionados à senescência. Sobre as principais doenças retratadas pelas pessoas idosas têm-se: Diabetes, Parkinson e HAS.

Sabe-se que a prevalência de doenças crônicas em pessoas idosas é elevada e este fato foi observado em uma pesquisa de múltiplos coortes, que relataram uma associação entre a presença de doenças cardiovasculares, por exemplo, com as faixas etárias mais elevadas.<sup>(25)</sup>

O fato é que a multimorbidade é uma ocorrência de duas ou mais condições crônicas reconhecidas como um problema significativo de saúde pública que afeta negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde e aumenta o uso de serviços sociais e de saúde, especialmente entre as pessoas idosas.<sup>(26)</sup>

A HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT), definida por níveis pressóricos, onde há o aumento persistente da pressão arterial (PA), isto é, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Este desequilíbrio fisiológico gera sobrecarga no coração na tentativa deste de manter a performance padrão de suas funções. Trata-se de uma condição multicausal, que deriva de fatores genéticos, ambientais e sociais, e suas interações. Atinge 60% da população idosa, cooperando direta e indiretamente para a morte do paciente.<sup>(27,28)</sup>

A diabetes mellitus (DM) diferencia-se em um grupo diverso de distúrbios metabólicos que se caracterizam pela hiperglicemia e procedem de defeitos na ação e/ou na secreção da insulina. Em atlas da Federação Internacional de Diabetes, que mostra os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes no ano de 2017, o Brasil destacou-se em quarta posição, com o quantitativo de 12,5 milhões de pessoas acometidas. Para o ano de 2045, as projeções estimaram o total de 20,3 milhões de pessoas diabéticas, o que colocaria o país na quinta posição.<sup>(29,30)</sup>

A diabetes e as doenças cardiovasculares como a HAS, foram responsáveis por um total de mais de 70% de todos os óbitos no mundo, equivalendo a 41 milhões de mortes. No ano de 2018, as informações do Ministério da Saúde indicaram que 39,5% das pessoas idosas apresentam alguma doença crônica, e um total de 30% delas têm duas ou mais.<sup>(31)</sup> De fato, há uma constatação significativa da prevalência simultânea da hipertensão arterial e da diabetes mellitus no grupo populacional dos idosos, representando 16,2% dos seus resultados, com variações de acordo com as capitais brasileiras.<sup>(29)</sup>

Para as doenças crônicas degenerativas, o Parkinson representa um total de 1% da população mundial com idade maior de 65 anos. A doença tem por característica a falta de regeneração dos sistemas acometidos e, por progredir para efeito severo, provoca na pessoa idosa muito desgaste e sofrimento. Os principais sintomas são rigidez, tremor em repouso, redução na marcha e equilíbrio, bradicinesia e diminuição na capacidade dos movimentos. Essas desordens motoras são capazes de provocar a perda da vontade de executar as atividades que antes costumava fazer, levando a pessoa ao isolamento social, dependência funcional, perda de autonomia, diminuição da qualidade de vida e sintomas depressivos.<sup>(32,33)</sup>

Envelhecer envolve mudanças físicas e apresenta um componente social significativo. No plano da senescência, as conceituações apontam que o processo de envelhecimento proporciona declínio da acuidade visual, promovendo a perda da autonomia e a baixa qualidade de vida, por limitar a mobilidade e, por consequência, tornar o indivíduo dependente de outras pessoas para efetuar atividades básicas. Com o aumento da população idosa do país, ocorreu um crescimento das doenças oculares, mais frequentes

nesse público. Pode-se adicionar o agravante de que a diminuição da acuidade visual interfere no equilíbrio e marcha, aumentando, além da dependência de terceiros, a frequência de acidentes, como fraturas e quedas.<sup>(34-37)</sup>

A última dimensão a ser destacada diz respeito aos riscos físicos. Cabe discutir que aproximadamente um terço das pessoas idosas com idade superior a 65 anos sofre, em média, um episódio de queda anualmente, sendo esta a segunda grande causa de óbitos por lesões não intencionais no mundo. No Brasil, dentre os indivíduos com 80 anos ou mais, um total de 40% cai ao longo do ano, e para os que moram em instituições de longa permanência, a periodicidade de quedas é 10% maior, somando um total de 50%.<sup>(31,38)</sup>

Com essa composição, a prevenção é um trabalho difícil devido à diversidade de condições predispostas. Destaca-se ainda que a queda para esse público é um fator relevante socialmente para a saúde pública, por consistir em uma das grandes causas de traumas, lesões, hospitalizações e óbitos nessa faixa etária. Ademais, os riscos de quedas contribuem para a diminuição da autonomia e declínio funcional, com reflexos diretamente ligados à qualidade de vida da pessoa idosa.<sup>(39)</sup>

Com base nisso, as evidências científicas apontam que o banheiro, em relação ao nível de autonomia nas atividades e segurança, é considerado um dos cômodos do ambiente domiciliar mais preocupantes para a pessoa idosa. Elas declaram sentir medo de acidentes domésticos relacionados a quedas, apontando o banheiro como o local que oferece maior insegurança e, portanto, maior risco, dado que esse público possui dificuldades relacionadas à manutenção do equilíbrio corporal.<sup>(40)</sup>

Como forma de garantir mais segurança às pessoas idosas, recomendações interdisciplinares devem ser adotados pelos profissionais de saúde para implementação de protocolos assistenciais de prevenção de quedas direcionados para identificação de riscos físicos, envolvendo piso molhado, liso e irregular; vaso sanitário desnivelado; tapetes escorregadios, entre outros.<sup>(41)</sup>

Por meio de análises críticas e minuciosas, o profissional poderá mapear fatores de riscos para quedas e realizar as devidas recomendações para obter êxito na implantação das modificações necessárias, tais como: arrumar ambientes desorganizados, com móveis fora do lugar ou objetos deixados no chão; recomendar que não se utilize tapetes e capachos em superfícies lisas; sugerir a colocação de cerâmicas antiderrapantes, evitando pisos escorregadios; e orientar para a não utilização de chinelos, sapatos desamarrados, mal ajustados aos pés ou com solado liso.<sup>(42)</sup>

A despeito da consistência do percurso metodológico, deve-se considerar como limitação da pesquisa a exclusão das UBS exclusivas para atendimento de casos leves a moderados de COVID-19, o que reduziu o tamanho da amostra de unidades disponíveis para contato; restrição, ao longo da coleta, com relação às visitas domiciliares às pessoas idosas por representarem um grupo de risco em contexto pandêmico. Além disso, beneficiaria a apresentação dos resultados a utilização de programas que representassem os achados qualitativos na forma de árvore de decodificação. Cabe destacar ainda que a avaliação do estado cognitivo das pessoas idosas foi realizada sem a aplicação de instrumento validado.

Mediante as acepções expostas, acredita-se que esta investigação abra passagem para análises críticas e reflexivas sobre os riscos que afetam o processo de envelhecimento no domicílio. Além disso, os resultados desta investigação fortalecem, no campo prático da enfermagem, a valorização do ambiente domiciliar, sobretudo na elaboração e na implantação de condutas para com as pessoas idosas domiciliadas que são assistidas por equipes da ESF.

## CONCLUSÃO

A tríade comportamento-biologia-ambiente, representa um complexo chave para pensar o processo saúde-doença das pessoas idosas domiciliadas. Nesse sentido, os comportamentos mais arriscados analisados no domicílio das pessoas idosas perpassaram pela realização das atividades domésticas compostas por ações como limpar, lavar e cozinhar. Verificou-se também o déficit de conhecimento das pessoas idosas com relação aos medicamentos usados, resultando em seu uso ineficaz e em hábitos alimentares inapropriados, que prejudicam a manutenção do controle das doenças crônicas.

Na sequência dos riscos, os biológicos, analisados como segunda dimensão, onde foram detectadas as unidades de conteúdo senilidade e senescência. Neles, estão descritos o envelhecimento decorrente das doenças crônicas, a saber: Diabetes, HAS e Parkinson. O envelhecimento saudável foi caracterizado apenas pelo declínio da acuidade visual.



Por fim, a terceira dimensão retrata os riscos físicos, onde foram analisados elementos indutores de quedas no interior do domicílio, tais como: vasos sanitários desalinhados, objetos no chão, uso de tapetes, piso liso, quebrado e molhado.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Bezerra DS. Coleta dos dados: Bezerra DS. Análise e interpretação dos dados: Bezerra DS, Bezerra NKS, Caldart RV. Redação do artigo ou revisão crítica: Bezerra DS, Bezerra NKS, Caldart RV. Aprovação final da versão a ser publicada: Silva PS.

## FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Roraima.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo M, Diniz S, Silva P. Registros de enfermagem: reflexões sobre o cotidiano do cuidar. *ABCS Health Sciences*. 2017;42(3):161–5. doi: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i3.920>.
2. Riegel F, Crossetti MGO, Martini JG, Nes AAG. A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2021;74(2):e20200139. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>.
3. PhD VS. Florence Nightingale's Notes on Nursing and Notes on Nursing for the Labouring Classes: Commemorative Edition with Historical Commentary. Springer Publishing Company; 2010. 480 p.
4. Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBDC. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):518–24. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>.
5. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AN, Carvalho LPN, Almeida VC, et al. Pressupostos das boas práticas do cuidado domiciliar ao idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):302–10. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>.
6. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2017;20(06):889–900. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.
7. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):337–44. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.
8. Carvalho KM, Silva CRDT, Figueiredo MLF, Nogueira LT, Andrade EMLR. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. *Acta paul enferm*. 2018;31(4):446–54. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800062>.
9. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1–8. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0337>.
10. Bardin L. Chapitre premier. Organisation de l'analyse. Em: *L'analyse de contenu*. Paris edex: Presses Universitaires de France; 2013. 133 p.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
12. Suls J, Green PA, Boyd CM. Multimorbidity: Implications and directions for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychol*. 2019;38(9):772–82. doi: <https://doi.org/10.1037/hea0000762>.

13. Padilha MI. De Florence Nightingale à pandemia COVID-19: o legado que queremos. *Texto contexto - enferm.* 2020;29:1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327>.
14. Nightingale F. *Notes on Nursing*. New York: Springer, 2010.
15. Coutinho LSB, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24(suppl 1):e190578. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190578>.
16. Sousa CR, Coutinho JFV, Freire Neto JB, Barbosa RGB, Marques MB, Diniz JL. Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. *Rev bras enferm.* 2022;75(2):e20200399. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>.
17. Leitão SM, Oliveira SC, Rolim LR, Carvalho RP, Coelho Filho JM, Peixoto Junior AA. Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura Geriatr Gerontol Aging. 2018;12(3):172-9. doi: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800030>.
18. Estrêla ATC, Machin R. O corpo na velhice e suas relações com as quedas a partir da narrativa de idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5681-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.30472020>.
19. Jesus JGL, Tramontt CR, Santos TSS, Rauber F, Louzada MLC, Jaime PC. Orientação alimentar da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: desenvolvimento e validação de um protocolo baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Rev bras geriatr gerontol.* 2021;24(5):e210157. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210157.pt>.
20. Serbim AK, Santos NO, Paskulin LMG. Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2022;75(Suppl 4):e20200978. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978>.
21. Ferreira GRS, Viana LRC, Pimenta CJL, Silva CRR, Costa TF, Oliveira JS, et al. Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(01):e20201257. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>.
22. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Francisco PMSB. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. *Rev bras geriatr gerontol.* 2019;22(05):e190118. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118>.
23. Oliveira PC, Silveira MR, Ceccato MGB, Reis AMM, Pinto IVL, Reis EA. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(4):1553-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>.
24. Vieira LB, Reis AMM, Ramos CÁ, Reis TM, Cassiani SHB. Uso de um dispositivo eletrônico organizador de medicamentos com alarme para melhorar a adesão medicamentosa de idosos com hipertensão. *Einstein (São Paulo)*. 2021;19:eAO6011. doi: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6011](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6011).
25. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24:105-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>.
26. Whitmore C, Markle-Reid M, Fisher K, Ploeg J, McAiney C, Griffith L, et al. The Relationship Between Multimorbidity and Self-Reported Health Among Community-Dwelling Older Adults and the Factors that Shape This Relationship: A Mixed Methods Study Protocol Using CLSA Baseline. *International*

Journal of Qualitative Methods. 2021; 20:16094069211050166. doi:

<https://doi.org/10.1177/16094069211050166>.

27. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116:516–658. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

28. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787–891. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.

29. Francisco PMSB, Rodrigues PS, Costa KS, Tavares NUL, Tierling VL, Barros MBA, et al. Prevalência de diabetes em adultos e idosos, uso de medicamentos e fontes de obtenção: uma análise comparativa de 2012 e 2016. *Rev bras epidemiol.* 2019;22:e19006. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190061>.

30. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020 [Internet]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2019-2020/>.

31. Organização Mundial de Saúde OMS. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos [Internet]. SBGG. 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>.

32. Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarenghi RV. Doença de parkinson na atenção primária à saúde e o cuidado de enfermagem: revisão de escopo. *Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210367. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0367>.

33. Silva TP, Carvalho CRA. Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019;27(2):331–44. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1229>.

34. Pereira NB, Chaves MR, Pereira GV, Ramos LFL, Gonçalves CT, Lafetá BN, et al. Avaliação da função visual e qualidade de vida relacionada à visão em pacientes portadores de catarata senil. *Rev bras oftalmol.* 2021;80(2):111–6. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20210021>.

35. Lopes AA, Jayme DHC, Abreu ILV, Silva IE, Lobo MHS, Oliveira MC, et al. Evaluation of visual functions and their relationship to functional vision and falls in active elderly of the community. *Rev bras oftalmol.* 2020;79(4):236–41. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20200051>.

36. Van den Hoonaard DK. Learning to Be Old: How Qualitative Research Contributes to Our Understanding of Ageism. *International Journal of Qualitative Methods.* 2018;17(1):1609406918810556. doi: <https://doi.org/10.1177/1609406918810556>.

37. Farias BS. Percepção na terceira idade: pesquisa experimental sobre tipografia para idosos. *Design e Tecnologia.* 2018;8(16):29–40. doi: <https://doi.org/10.23972/det2018iss16pp29-40>.

38. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Andrade FB, Souza PRB, Vasconcellos MTL, Neri AL, et al. Cohort Profile: The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). *Int J Epidemiol.* 2022; dyac:132. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyac132>.

39. Giacomini SBL, Fhon JR, Rodrigues RAP. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. *Acta paul enferm.* 2020;33:eAPE20190124. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0124>.

40. Drummond A, Pimentel WRT, Pagotto V, Menezes RL. Disability on performing daily living activities in the elderly and history of falls: an analysis of the National Health Survey, 2013. *Rev bras epidemiol.* 2020;23:e200055. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200055>.
41. Rosa VPP, Cappellari FCBD, Urbanetto J de S. Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2019;22(2): e180138. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>.
42. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf).

Conflitos de interesse: Não  
Submissão: 2022/14/12  
Revisão: 2023/06/02  
Aceite: 2023/14/03  
Publicação: 2023/12/04

Editor Chefe ou Científico: Raylane da Silva Machado  
Editor Associado: Guilherme Guarino de Moura Sá

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.