

Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio

Nurses' competencies in health promotion for homebound older people

Competencias del enfermero en torno a la promoción de la salud de ancianos en domicilio

Telma Alteniza Leandro¹

ORCID: 0000-0001-8437-3063

Allana Mirella Alves¹

ORCID: 0000-0002-3430-8535

Ana Karina Bezerra Pinheiro¹

ORCID: 0000-0003-3837-4131

Thelma Leite de Araujo¹

ORCID: 0000-0002-0030-4165

Glauberto da Silva Quirino^{II}

ORCID: 0000-0001-5488-7071

Dayanne Rakelly de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0003-2911-141X

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{II}Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Leandro TA, Alves AM, Pinheiro AKB, Araujo TL, Quirino GS, Oliveira DR. Nurses' competencies in health promotion for homebound older people. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):311-8.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0446>

Autor Correspondente

Telma Alteniza Leandro

E-mail: telmaleandro21@yahoo.com.br



Submissão: 11-06-2018 **Aprovação:** 27-07-2018

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura as competências do enfermeiro relacionadas à promoção da saúde de idosos no domicílio. **Método:** revisão sistemática realizada nas bases de dados LILACS, Scopus, CINAHL, no portal PubMed e na biblioteca Cochrane, em novembro de 2017. Os artigos selecionados foram analisados de acordo com os nove domínios de competências: permitir a mudança; advogado para a saúde; mediar através de parceria; comunicação; liderança; avaliação; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa. **Resultados:** foram incluídos nove ensaios clínicos. Todos os domínios de competências de promoção da saúde foram identificados nas intervenções realizadas nas pesquisas nos idosos residentes no domicílio. **Conclusão:** os estudos mostraram que os tratamentos utilizados foram benéficos para a população de idosos no domicílio e as intervenções baseadas em competências para a promoção da saúde podem ser identificadas e produzem uma prática assistencial eficaz e de qualidade.

Descritores: Idoso; Pacientes Domiciliares; Competência Profissional; Enfermagem; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify competencies related to health promotion targeting homebound older people, as they appear in the literature. **Method:** systematic review using the LILACS, Scopus, CINAHL, PubMed and Cochrane Library databases. The search was performed in November 2017. Selected articles were analyzed according to nine competency domains: enable change; advocate for health; mediate through partnership; communication; leadership; assessment; planning; implementation, and evaluation and research. **Results:** nine clinical trials were included. All health promotion competency domains were identified in the reviewed research interventions, performed with homebound older people.

Conclusion: studies showed that the employed treatments were beneficial for the homebound older population. Interventions based on health promotion competencies were positively identified, and are linked to an effective and high-quality health care practice.

Descriptors: Aged; Homebound Persons; Professional Competence; Nursing; Health Promotion.

RESUMEN

Objetivo: identificar en la literatura las competencias del enfermero relacionadas a la promoción de la salud de ancianos en domicilio. **Método:** revisión sistemática realizada en las bases de datos LILACS, Scopus, CINAHL, portal PubMed y biblioteca Cochrane, en noviembre de 2017. Se hizo el análisis de los artículos seleccionados a partir de nueve dominios de competencias: permitir el cambio; preservar la salud; intermediar mediante asociación; comunicarse; liderar; evaluar; planificar; aplicar; y evaluar e investigar. **Resultados:** se incluyeron nueve ensayos clínicos. Se identificaron todos los dominios de las competencias en torno a la promoción de la salud en las intervenciones realizadas en las encuestas con los ancianos residentes en domicilio. **Conclusión:** los estudios demostraron que los tratamientos utilizados fueron beneficiosos para la población de ancianos en domicilio, y que las intervenciones con base en las competencias para promover la salud pueden ser identificadas, además de establecer una práctica asistencial eficaz y de calidad.

Descritores: Anciano; Personas Imposibilitadas; Competencia Profesional; Enfermería; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observa-se um nítido envelhecimento populacional em todo o mundo, sendo, assim, um fenômeno de ordem global. O aumento do número de idosos é um reflexo da melhoria das condições de vida em vários aspectos, atribuído ao avanço da ciência no campo da saúde⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, a reforma sanitária contribuiu para o envelhecimento populacional ampliando o conceito de saúde, que passou a ser entendida não somente como ausência de doença, mas, sobretudo, como um resultado das condições dos indicadores sociais e de saúde. Dentre esses indicadores, a redução da mortalidade infantil pelo êxito dos programas governamentais dirigidos à criança e à mãe, o controle das doenças crônico-degenerativas, e também a redução da natalidade, por meio da ascensão da mulher no mercado de trabalho, são fatores que implicaram diretamente no envelhecimento da população⁽³⁻⁴⁾.

Estima-se que a população brasileira, em 2010, tenha alcançado a marca de 190.755.799 habitantes, sendo aproximadamente 21 milhões deles, o equivalente a 11% da população, pessoas idosas⁽⁵⁻⁶⁾.

A população brasileira que envelhece conta com a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, que tem a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Esse considera a necessidade de promover a qualidade da atenção a essa população por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde⁽⁷⁾.

Sabe-se que este grupo etário frequentemente apresenta individualidades e é vulnerável a múltiplas perdas, principalmente das funções do organismo, predispondo-os a doenças e hospitalização. A atenção específica ao público idoso está em atentar para as fragilidades, manutenção da capacidade funcional, autonomia e minimização da dependência. Assim, as ações de promoção da saúde na terceira idade demonstram efeito benéfico na manutenção e melhora da qualidade de vida.

Os programas de promoção da saúde designados à terceira idade mostram visivelmente o benefício para a saúde dessas pessoas, ou seja, contribuem para o envelhecimento saudável. Os resultados obtidos a partir dessas ações também colaboram com o aspecto social, devido aos idosos que passam a manter um estilo de vida saudável durante mais tempo⁽⁸⁾.

A partir do que se afirma na política de saúde destinada à população idosa, assim como a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o atraso no aparecimento de doenças e fragilidades, e a manutenção da independência e da autonomia são ações que devem ser expandidas. Dessa forma, será possível garantir o bem-estar de toda a população, promovendo saúde e qualidade de vida aos idosos⁽⁹⁾.

Analisando a complexidade do ser idoso, uma assistência com base na integralidade e na interdisciplinaridade torna-se essencial para promover a saúde desse público. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida, ou seja, aumentem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar⁽¹⁰⁾. Sob esta ótica, para que o cuidado direcionado à saúde de idosos no domicílio seja efetivo, é necessário que o enfermeiro incorpore competências específicas.

Com o objetivo de estabelecer competências e um sistema de certificação para a promoção da saúde, o manual CompHP foi desenvolvido em 2012, na Europa. Os domínios contidos no CompHP⁽¹¹⁾ que oferecem alguma direção para desenvolver competências e habilidades nessa área são: favorecimento de mudança; advocacia em saúde; parceria; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa⁽¹²⁾.

A análise de estudos clínicos que contemplem as práticas de intervenções dos enfermeiros na população idosa torna-se importante, uma vez que a atuação desse profissional com essa população deve ser baseada em necessidades reais, com intervenções sustentadas nas competências da promoção da saúde, visando a uma assistência eficaz.

Diante disso, acredita-se que este estudo possa colaborar para um maior conhecimento das práticas assistenciais de enfermagem na promoção da saúde de pacientes idosos residentes no domicílio, contribuindo para a identificação do processo de trabalho do atendimento domiciliar, com possibilidade de aprimoramento da atuação competente baseada nas intervenções e competências identificadas.

OBJETIVO

Identificar, na literatura, as competências do enfermeiro relacionadas à promoção da saúde de idosos no domicílio.

MÉTODO

Aspectos éticos

Não foi necessária apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de estudo de revisão, no qual o acesso ao conteúdo dos artigos é livre para instituição pública de ensino superior.

Desenho do estudo

Trata-se de revisão sistemática da literatura baseada nas seguintes etapas: elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados; avaliação da qualidade das evidências; e redação e publicação dos resultados⁽¹³⁾. A seleção dos artigos seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (Prisma) (Figura 1), incluindo estudos de ensaios clínicos que respondessem à questão de pesquisa, com participação de enfermeiros.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios estabelecidos para a seleção dos estudos foram: artigos disponíveis na íntegra, sem limite de data de publicação. Foram excluídos revisões da literatura (integrativas, conceituais e sistemáticas) e estudos qualitativos.

Protocolo do estudo

Para orientar a formulação da questão de pesquisa desta revisão, a estratégia PVO foi contemplada, na qual o P se refere

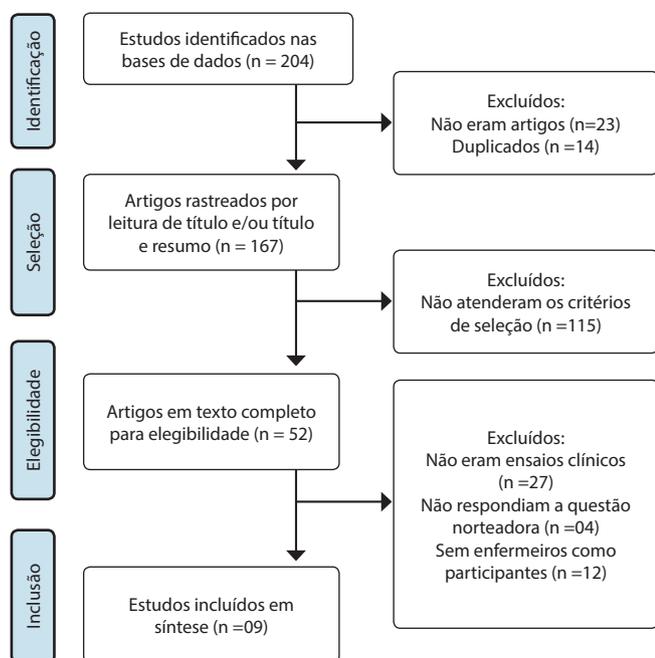


Figura 1 – Descrição da estratégia realizada para a busca e inclusão dos artigos, segundo Prisma, 2017

à população-alvo (idosos residentes no domicílio); V, à variável do estudo (competência profissional); e O, aos resultados/efeitos alcançados com a intervenção (promoção da saúde). Com isso, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: quais as competências do profissional promotor da saúde demonstradas nas intervenções realizadas por enfermeiros para idosos no domicílio?

A busca se deu nas bases de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), no portal National Library of Medicine (PubMed) e na Cochrane Library, em novembro de 2017, com os seguintes descritores controlados: “nursing”, “aged” e “homebound persons”; de acordo com a terminologia Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Para a base de dados Lilacs, foram utilizados os descritores correspondentes

em português. Como estratégia de busca, realizou-se o seguinte cruzamento em cada base de dados/porta: “nursing” AND “aged” AND “homebound persons”.

Análise dos resultados

Após seleção da amostra final, para extrair as informações dos artigos incluídos, os dados foram coletados por meio de um instrumento específico com base em algumas recomendações⁽¹⁴⁾. O referido instrumento possibilitou a coleta de informações para organização dos resultados.

Os resultados dos dados foram apresentados sob a forma de quadros e analisados de acordo com as competências para a promoção da saúde do CompHP⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

As pesquisas analisadas se desenvolveram nos seguintes países: Estados Unidos, Noruega, Japão e Dinamarca, sendo os Estados Unidos o de maior produção científica sobre a temática (66,7%). Os artigos analisados foram publicados entre os anos 1999 e 2015.

Os artigos foram publicados em revistas médicas (44,5%), multidisciplinares (33,3%) e de enfermagem (22,2%). Quanto às especificidades das publicações, produziram-se artigos em revistas de gerontologia, geriatria, estomias e incontinências e reabilitação.

O número de participantes nas pesquisas identificadas variou de 16 a 4034 sujeitos. Os tipos de intervenções realizadas pelos enfermeiros e identificadas nas pesquisas foram bem variados, sendo evidenciadas intervenções específicas para determinados problemas de saúde dos idosos (incontinência urinária e depressão), como também artigos com intervenções globais que tratavam de cuidados gerais e de educação em saúde.

A seguir estão os dados dos artigos científicos analisados sobre intervenções realizadas pelo enfermeiro para o idoso residente domiciliar (Quadro 1). Evidencia-se que todos os domínios de competências foram contemplados nas intervenções identificadas nas pesquisas clínicas (Quadro 2).

Quadro 1 – Síntese dos artigos sobre intervenções realizadas por enfermeiro para o idoso residente domiciliar, segundo autor, data de publicação, local de estudo, participantes, intervenção e desfecho, 2017

Referência e local do estudo	Delineamento/número de participantes	Intervenções	Desfechos
Tuntland et al. ⁽¹⁵⁾ , 2015 Noruega	— 61 idosos com declínio da capacidade funcional. GC: 30 (49,2 %) GI: 31 (50,8 %)	GC: Atendimento convencional (ajuda, alarme de segurança, refeições, tecnologia assistiva e reabilitação com terapeutas). GI: Reabilitação multicomponente (identificar limitações de atividades importantes, supervisão dos cuidadores, treinamento das atividades diárias, adaptações para o meio ambiente e programas de exercícios).	Melhorias significativas nos escores médios, favorecendo a reabilitação no desempenho ocupacional no GI. Não houve diferenças significativas entre os grupos em nenhum dos desfechos secundários após 3 ou 9 meses, no entanto, os dois grupos melhoraram em sua mobilidade/equilíbrio e na maioria dos domínios de qualidade de vida relacionados à saúde. Esses efeitos foram mantidos no seguimento de 9 meses.

Continua

Continuação do Quadro 1

Referência e local do estudo	Delineamento/número de participantes	Intervenções	Desfechos
Gellis, Kenaley, Have ⁽¹⁶⁾ , 2014 Estados Unidos	— 94 idosos clinicamente frágeis de idade ≥ 65 anos com histórico de hospitalização nos últimos 6 meses ou necessidade de atendimento domiciliar ≥ 3 vezes por semana que obtiveram triagem positiva para depressão. GC: 46 (48,9 %) GI: 48 (51,1 %)	GC: Cuidados habituais fornecidos por enfermeiros no domicílio por meio de visita domiciliar e psicoterapia. GI: Intervenção telessaúde integrada que consistiu em telemonitoramento, manejo da doença crônica, cuidado e tratamento da depressão.	Os grupos apresentaram sintomas elevados de depressão. Aos 3 meses, o grupo telessaúde integrada expôs menos depressão do que o GC e a tendência continuou aos 6 meses. Aos 3 e 6 meses, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no estado de saúde física dos participantes. Nas habilidades para resolução de problemas, os escores aos 3 meses refletiram maiores habilidades no GI.
Kono et al. ⁽¹⁷⁾ , 2013 Japão	— 307 participantes com idade ≥ 65 anos, domiciliados com seguro saúde. GC: 153 (49,8 %) GI: 154 (50,2 %)	GC: Idosos frágeis acompanhados em ambulatorios. GI: Idosos frágeis acompanhados em ambulatorios que receberam visitas domiciliares de enfermeiros.	Os custos médios de cuidados de saúde durante o período de 2 anos diminuíram ligeiramente no grupo que recebeu visita domiciliar comparando com o GC, mas a diferença não foi significativa. Na maioria dos meses, os custos financeiros no GI foram inferiores aos do GC e os custos médios de cuidados hospitalares durante o período de 2 anos em ambos os grupos foram semelhantes. As hospitalizações tiveram menos probabilidade de ocorrer no GI.
Gellis et al. ⁽¹⁸⁾ , 2012 Estados Unidos	— 102 idosos de idade ≥ 65 anos com ICC ou DPOC, hospitalizados duas vezes nos últimos 6 meses ou atendidos pelo menos duas vezes na emergência nos últimos 2 meses. GC: 51 (50 %) GI: 51 (50 %)	GC: Atendimento domiciliar padrão e educação em saúde. GI: Intervenção de telessaúde, sistema de monitoramento, no qual os pacientes foram informados dos parâmetros clínicos normais e instruídos sobre quando deviam entrar em contato com o enfermeiro de saúde. O enfermeiro estava à disposição do paciente diariamente, por telefone e para visitas domiciliares urgentes, conforme necessário.	Aos 3 meses, os pacientes do GI melhoraram significativamente nos escores dos sintomas de depressão quando comparados com o GC. O grupo telessaúde experimentou aumentos significativamente maiores em duas das três escalas do SF-36 (saúde geral e funcionamento social). No inquérito satisfação com cuidados, ambos os grupos ficaram satisfeitos com seus cuidados sem diferenças significativas. O GC teve significativamente mais visitas ao departamento de emergência do que o GI.
Shearer, Fleury, Belyea ⁽¹⁹⁾ , 2010 Estados Unidos	— 42 indivíduos com idade ≥ 60 anos, falavam e entendiam inglês, conseguiam ouvir e possuíam cognição preservada. GC: 22 (52,4 %) GI: 20 (47,6 %)	GC: Neste grupo, foram enviados boletins semanais fornecendo informações sobre segurança doméstica, segurança de medicação, envelhecimento e cuidados com a pele, envelhecimento e visão, atendimento odontológico e saúde óssea. GI: Intervenção de empoderamento em saúde baseada em seis componentes integrados (recursos pessoais, construir autocapacidade, reconhecer e construir redes sociais, identificar e construir a utilização de serviços sociais, comunicar-se para construir redes sociais e acessar provedores de serviços sociais e revisar o progresso). Implementada nas visitas domiciliares por enfermeiro treinado.	O GI apresentou pontuação significativamente maior nas 6ª e 12ª semanas na escala de obtenção de metas. Não houve um efeito principal significativo para o empoderamento em saúde baseado no referencial teórico. No entanto, o crescimento pessoal da subescala mostrou diferença significativa entre a comparação e intervenção no início do estudo e no tempo de 12 semanas. Ao final, o GI aumentou com relação ao crescimento pessoal. Não houve efeitos principais significativos entre os grupos para a escala que avaliou bem-estar. Entretanto, houve diferenças significativas entre aqueles que eram mais velhos; o GI aumentou o bem-estar entre 6 e 12 semanas. Não houve efeito principal significativo para a pontuação total da escala que avalia sentimentos sobre consciência, escolhas, liberdade de agir e envolvimento na criação de mudanças. No entanto, houve diferenças significativas para os homens no GI.
20. Boyd et al. ⁽²⁰⁾ , 2008 Estados Unidos	— 150 idosos com doenças crônicas de alto risco. São considerados de alto risco aqueles com maior probabilidade de necessitar dos serviços de saúde. GC: 63 (76 %) GI: 31 (41 %)	GC: Receberam cuidados habituais de saúde. GI: Receberam cuidados orientados de saúde.	O GI apresentou tendência para melhoria na qualidade da comunicação entre paciente e profissional e conhecimento mais abrangente em comparação com o GC. Não houve diferenças para a integração de cuidado, tratamento interpessoal e confiança no profissional de saúde.
Vass et al. ⁽²¹⁾ , 2009 Dinamarca	— 4034 idosos domiciliados com 75 e 80 anos de idade. GC: 1942 (48,1 %) GI: 2092 (51,9 %)	GC: A população pertencente aos municípios de controle recebeu cuidados habituais e os profissionais desses municípios não participaram de nenhuma formação. GI: A população pertencente aos municípios de intervenção recebeu assistência de profissionais que receberam formação/treinamento educacional.	A intervenção não foi associada à mortalidade nos dois grupos. Durante 4 anos e meio de acompanhamento, 63 idosos de 75 anos dos municípios de intervenção se mudaram para lares de idosos em comparação com 62 idosos dos municípios de controle. Entre idosos de 80 anos, 38 versus 48 pessoas mudaram-se para lares de idosos. As taxas de internação foram menores nos participantes de 80 anos dos municípios de intervenção. A intervenção foi associada com efeitos benéficos sobre a capacidade funcional após três anos de intervenção entre os idosos de 80 anos em municípios onde foi realizada.

Continua

Continuação do Quadro 1

Referência e local do estudo	Delineamento/número de participantes	Intervenções	Desfechos
Engberg et al. ⁽²²⁾ , 2002 Estados Unidos	— 16 indivíduos com idade ≥ 60 anos domiciliados, com relato de pelo menos dois episódios de IU por semana, que persistiu durante pelo menos 3 meses, com deficiência cognitiva e acompanhados por cuidadores. GC: 10 (62,5 %) GI: 6 (37,5 %)	GC: Receberam visitas de enfermeiros para controle de micção. Os sujeitos e seus cuidadores estavam cientes de que estavam em um estudo que examinava a eficácia de um programa de micção para IU, mas não houve discussão sobre a incontinência ou seu tratamento com o cuidador ou sujeito durante as visitas do enfermeiro. GI: O tratamento consistiu em terapia comportamental orientada por enfermeiros e a micção programada realizada com ajuda dos cuidadores por 8 semanas. Não foi fornecida intervenção durante a noite.	Redução média de 50% nos episódios diurnos de incontinência em comparação com diminuição média de 37% para sujeitos do controle. A percentagem média diária de roupa íntima molhada/fralda diminuiu 43%, enquanto caiu 35% entre os sujeitos do GC. Os casos de tratamento tiveram uma diminuição de 55% em todos os episódios de incontinência (diurno e noturno) em comparação com uma redução de 27%.
McDowell et al. ⁽²³⁾ , 1999 Estados Unidos	— 105 indivíduos cognitivamente intactos com idade ≥ 60 anos, residentes no domicílio, com relato de pelo menos duas perdas urinárias por semana e persistente por pelo menos 3 meses. GC: 52 (49, 5%) GI: 53 (50, 5%)	GC: Visitas de enfermeiro para fornecer interação social sem especificações para tratamento da IU, com objetivo de avaliar o efeito da socialização sobre o resultado. Não foi preenchido diário vesical durante o controle. Visita de 35 minutos durante 8 semanas. GI: Exercícios musculares do assoalho pélvico assistidos por biofeedback, estratégias de urgência e esforço e treino vesical. O diário vesical era avaliado semanalmente e o tratamento ajustado baseado na evolução. Visita de 40 a 60 minutos durante 8 semanas.	O número médio de episódios de incontinência por dia diminuiu de 4,1 para 3,5 no GC. Já no GI houve redução de 4,0 para 1,8. Com isso, os indivíduos tratados apresentaram redução significativa de perdas urinárias por dia (P ≤ 1).

Nota: GC: grupo controle; GI: grupo de intervenção; IU: incontinência urinária; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo os domínios de competência e intervenções de enfermagem, 2017

Domínios CompHP	Intervenções de Enfermagem
Permitir a mudança	Promover o empoderamento ^(15-16,18-19,22-23) Promover educação em saúde ⁽¹⁸⁾ Facilitar o desenvolvimento de habilidades ^(18,23) Formação profissional ⁽²¹⁾
Advogado para a saúde	Possibilitar a melhoria da saúde ⁽²³⁾ Possibilitar a adesão terapêutica ⁽²³⁾ Facilitar o acesso a recursos comunitários ⁽²⁰⁾ Possibilitar redução de custos ⁽¹⁷⁾ Influenciar as partes interessadas para mudança ^(19,21,23) Conscientizar para as questões de saúde ⁽¹⁹⁾ Estímulo para utilização dos recursos sociais ⁽¹⁹⁾
Mediar através de parceria	Parceria com os idosos e cuidadores ^(15,17,19,22-23) Trabalho colaborativo em equipe ⁽²⁰⁾ Parceria com a comunidade ⁽²⁰⁾ Parceria com outros profissionais ^(15,21) Parceria com municípios e gestores ⁽²¹⁾
Comunicação	Visitas domiciliares ^(16-19,21-23) Recomendações escritas e material ilustrado ^(15,17,19,21,23) Uso da tecnologia da informação ⁽²⁰⁾ Meios de comunicação (telefone, gravador) ^(16,19-20) Entrevista motivacional ⁽²⁰⁾ Uso de tecnologia telessaúde ^(16,18) Reuniões ^(15,21)

Domínios CompHP	Intervenções de Enfermagem
Liderança	Incorporar conhecimento novo ⁽²¹⁻²³⁾ Supervisão e treinamento ^(15-16,18) Estimular os participantes a realizar mudanças ⁽¹⁵⁾ Facilitar o empoderamento e a participação ⁽²¹⁾
Avaliação	Identificar as limitações existentes ^(15,23) Identificar as necessidades de saúde dos pacientes ^(18,20) Identificar as prioridades de ação ^(15-16,20) Avaliação multidimensional e individualizada ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ Avaliação diária dos dados do paciente ^(18,22)
Planejamento	Desenvolver um plano de ação viável ^(15-16,18,23) Programar as ações ^(17,22)
Implementação	Desenvolver ações de empoderamento ^(15,23) Implementar intervenção comportamental ⁽²²⁻²³⁾ Promover estratégias de acesso aos serviços comunitários ⁽²⁰⁾ Utilizar recursos (escalas, instrumentos) ^(15-17,19-20,22) Desenvolvimento de recurso personalizado ⁽²⁰⁾ Reinstrução das atividades para manutenção da terapia ⁽²²⁾ Acompanhamento por um período de tempo ^(17,19-20) Uso de telessaúde ^(16,18) Manejo e tratamento da depressão ⁽¹⁶⁾
Avaliação e Pesquisa	Avaliar os resultados das intervenções ⁽¹⁵⁻²³⁾ Reavaliação dos sujeitos ao final do tratamento ⁽²²⁾

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos apresenta alguma dificuldade funcional devido a alterações inerentes do envelhecimento⁽³⁾. Esse fato corrobora as pesquisas analisadas neste estudo. Diante disso, sabe-se que esta população necessita de suporte familiar adequado para a manutenção da sua saúde, levando o Ministério da Saúde a preconizar a permanência do idoso no domicílio e, para tanto, torna-se importante a assistência do profissional de saúde na atenção domiciliar⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro pode e deve atuar como profissional de saúde qualificado e essencial, sendo um importante colaborador no processo de melhoria da saúde dos idosos por meio de cuidados específicos^(15-16,18,21-23). Diante da eficácia dessas intervenções, percebe-se que os idosos nos domicílios necessitam de uma abordagem sustentada em competências para promoção da saúde, por constituir uma prática que garante maior qualidade na assistência.

Na maioria dos ensaios clínicos analisados, observou-se que as estratégias de intervenções selecionadas foram direcionadas à reabilitação dos idosos. Nessas, foram identificadas as seguintes competências para a promoção da saúde: permitir a mudança; advogado para a saúde; mediar através de parceria; comunicação; liderança; avaliação; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa. Além dessas, os autores identificam vários domínios de competências profissionais necessários para o atendimento de cuidados primários de saúde, como: comunicação; avaliação; habilidades técnicas; promoção da saúde; manejo de doenças e enfermidades; tecnologias de cuidado e informação em saúde; ética; sistemas e políticas de saúde; provisão do cuidado; e planejamento⁽²⁵⁾.

A competência "mediar através de parceria" foi uma das mais identificadas nas intervenções realizadas pelos enfermeiros, sendo necessário, para seu êxito, o trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde, familiares e pacientes. Nesse sentido, observa-se que o estabelecimento de intervenções que envolvem os cuidadores torna o tratamento mais eficaz. Além disso, o enfermeiro pode estabelecer diversas estratégias para o sucesso de parceria com os cuidadores, sendo fundamental formar vínculo de confiança para a obtenção de êxito nas atividades de desenvolvimento de habilidades para o cuidado orientado e para auxílio nos programas individualizados^(17,22).

Diferentes profissionais podem contribuir para as ações de promoção da saúde. Nos estudos foram identificados fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores sociais, médicos, nutricionistas e auxiliares de enfermagem trabalhando de forma colaborativa durante a implementação das intervenções^(15-16,18,21).

Por fim, considera-se a parceria dos profissionais de saúde com os idosos como essencial nesse processo, uma vez que eles são o foco das intervenções em saúde. Pressupõe-se que, ao estabelecer sociedade com o paciente, o profissional tenha conhecimento de que as pessoas não podem assumir a responsabilidade total por sua saúde, a menos que estejam cientes de todas as opções disponíveis para elas⁽²⁶⁾. Nesta perspectiva de atenção individual, sabe-se que a intervenção de empoderamento em saúde facilita o envolvimento do participante no processo de reconhecimento de recursos pessoais, sociais e de saúde desejados⁽¹⁹⁾.

O empoderamento pode promover mudanças que auxiliam na melhora da saúde das pessoas. Permitir essas mudanças ajuda os indivíduos, grupos, comunidades e organizações a desenvolver a capacidade de ação para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades⁽¹¹⁾. Os enfermeiros são capazes de ocasionar mudanças na vida dos idosos ao promoverem educação e ensino de terapias comportamentais para a incontinência urinária⁽²²⁻²³⁾, cuidado orientado⁽²⁰⁾ e aquisição de habilidades⁽¹⁸⁾.

Atuar para a mudança e facilitar o trabalho participativo constitui uma característica da liderança⁽¹¹⁾. Em relação a essa competência, a enfermagem é considerada a profissão de saúde mais provável para liderar, implementar e efetivar um programa inovador para promoção da saúde⁽²⁷⁾. Reflexos de liderança são observados quando os enfermeiros tornam a equipe de saúde capacitada para a atuação⁽²⁸⁾, no gerenciamento e coordenação de projetos de tratamento⁽¹⁸⁾ e na condução de intervenções^(21,29).

Nessa perspectiva de intervenção para melhorias e aumento do bem-estar, a competência de advocacia é revelada. Estudos mostram que enfermeiros podem atuar de forma a conscientizar e influenciar sobre temas de gastos com a saúde e a defesa de atendimento ao idoso no domicílio, em detrimento do atendimento ambulatorial. A identificação dessa competência torna-se importante para o trabalho da enfermagem, pois o exercício da advocacia ganha atenção dos líderes e aumenta a visibilidade para a promoção da saúde⁽³⁰⁾.

A comunicação constitui outro domínio importante e necessário ao profissional de saúde. Comunicar-se com idosos de forma eficaz é um desafio, já que essa população pode apresentar dificuldades de compreensão. Diante disso, estratégias para a comunicação verbal e escuta ativa auxiliam a efetividade dessa competência. Nos estudos com idosos, percebe-se que a comunicação é necessária para o treinamento, utilização de instrumentos e aplicação de teorias. Nas pesquisas, destacam-se as intervenções direcionadas à melhora da comunicação dos idosos com profissionais da saúde e acessibilidade a redes sociais⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

As tecnologias da informação são aliadas à competência da comunicação. Nos estudos, foram identificados recursos tecnológicos de comunicação, computador e telefone, sendo este o mais utilizado nas terapias de intervenção com essa população^(16,18,20).

Além disso, o cuidado requer de todo profissional da saúde o estabelecimento de um plano de assistência permeado por diagnóstico, planejamento e implementação. Nesse sentido, a competência de avaliação permite que sejam priorizadas as necessidades de saúde da população. Como exemplo dessa prática, podemos citar alguns estudos^(18,22,28), os quais realizaram ajustes para a programação de micção após uma revisão do diário vesical dos idosos e da identificação das necessidades de saúde.

Entende-se que para intervir é necessário um planejamento baseado na avaliação e, nos estudos, percebeu-se que os projetos foram direcionados aos cuidados de idosos e de seus familiares após avaliação de recomendações específicas^(17-19,23,29). Sendo assim, a implementação eficaz constitui a concretização das atividades bem planejadas. Portanto, essa competência foi bastante elucidada nas intervenções instituídas nos ensaios clínicos.

Sabe-se que, ao término de uma pesquisa, é importante a avaliação do impacto e da efetividade das ações prestadas, e essa preocupação foi observada em todos os estudos, *já que a amostra foi constituída por ensaios clínicos*. Com destaque para os estudos nos quais foram realizadas reavaliações dos sujeitos no final do tratamento e o cuidador recebeu um resumo escrito das recomendações para o longo prazo^(20-21,23). Ademais, sabe-se que a publicação dos principais resultados desses estudos constitui elemento preconizado por essa competência.

Após análise global, nota-se que as pesquisas são majoritariamente internacionais e, por apresentarem delineamento de ensaio clínico, permitem observar resultados efetivos quanto às intervenções instituídas.

Limitações do estudo

Restrição do número de bases de dados, tendo em vista a possibilidade de identificação de estudos de intervenção realizados por enfermeiros para idosos no domicílio em outras bases.

Contribuições para a enfermagem

Nos estudos apresentados, os tratamentos utilizados realizados por enfermeiros foram benéficos para a população de idosos no domicílio, empoderando-nos a afirmar que as intervenções baseadas em competências para a promoção da saúde podem ser identificadas e produzem uma prática assistencial eficaz e de qualidade.

CONCLUSÃO

Foram analisados nove artigos sobre as competências de enfermagem de promoção da saúde para idosos no domicílio. De acordo com os dados apresentados, são várias as competências que os enfermeiros desenvolvem, tais como: educar em saúde, desenvolver estratégias para recuperação das fragilidades, promover empoderamento, estabelecer parcerias e alcançar mudanças. Todas as competências para a promoção da saúde foram identificadas nas publicações, sendo "Comunicação" e "Avaliação e Pesquisa" as mais evidenciadas nos artigos.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro O, Pinto C. Characteristics of a person who is dependent on self-care: a population based study in a region in the North of Portugal. Rev Port Saude Publica [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 1];32(1):27-36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
2. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 10];27(1):165-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>
3. Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. Cad Saude Coletiva [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 10];18(4):500-8. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf
4. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Longevity and aging in Rio Grande do Sul state: a historical, ethnic and morbidity profile of elderly people. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 8];14(2):365-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200016>
5. Myrrha LJD, Siviero PCL, Wajnman S, Turra CM. The use of growth rates by age to identify the main stages of the demographic transition in Brazil. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 1];31(2):259-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000200002>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Primeiros resultados definitivos do Censo de 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. IBGE [Internet]. 2011 Apr 29 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=1866&busca=1&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas>
7. Ministério de Saúde (BR). Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 Oct 10 [cited 2017 Dec 1];142. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
8. Mendes ECN, Pinto AS, Massaia E, Silva MPM. Intersubject care towards the health of the elderly: building knowledge about the healthy aging. Rev Conhecimento Online [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 1];6(1):1-11. Available from: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/205>
9. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Aging population and the challenges for public health: review of scientific production. Rev Kairós [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 8];16(2):161-78. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-768818>
10. Cestari VRF, Florêncio RS, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Barbosa IV, Lima FET, et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 13];69(6):1129-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0312>
11. Barry MM, Battel-Kirk B, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M, et al. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook [Internet]. Paris: International Union for Health Promotion and Education; 2012 [cited 2017 Dec 3]. Available from: https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP_Project_Handbooks.pdf
12. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Health promotion competencies: challenges of formation. Saude Soc [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 3];24(1):180-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>
13. Galvão TF, Pereira MG. Systematic reviews of the literature: steps for preparation. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec

- 15];23(1):183-4. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>
14. Pereira MG, Galvão TF. Data extraction, quality assessment and synthesis of results for systematic reviews. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 15];23(3):577-8. Available from: [http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n3/Resumos%20_es/Serie%20\(1\).pdf](http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n3/Resumos%20_es/Serie%20(1).pdf)
 15. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015 [cited 2017 Nov 8];15:145. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0142-9>
 16. Gellis ZD, Kenaley BL, Have TT. Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 8];62(5):889-95. Available from: <https://doi.org/10.1111/jgs.12776>
 17. Kono A, Kanaya Y, Tsumura C, Rubenstein LZ. Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 8];25(5):575-81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-013-0128-4>
 18. Gellis ZD, Kenaley B, McGinty J, Bardelli E, Davitt J, Have TT. Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. *Gerontologist* [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 8];52(4):541-52. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnr134>
 19. Shearer NBC, Fleury JD, Belyea M. Randomized control trial of the Health Empowerment Intervention: feasibility and impact. *Nurs Res* [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 8];59(3):203-11. Available from: <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbbd4a>
 20. Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 8];23(5):536-42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0529-9>
 21. Vass M, Avlund K, Siersma V, Hendriksen C. A feasible model for prevention of functional decline in older home – dwelling people – the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract* [Internet]. 2009 [cited 2017 Nov 8];26(1):56-64. Available from: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn094>
 22. Engberg S, Sereika SM, McDowell BJ, Weber E, Brodak I. Effectiveness of prompted voiding in treating urinary incontinence in cognitively impaired homebound older adults. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2017 Nov 8];29(5):252-65. Available from: <https://doi.org/10.1067/mjw.2002.127207>
 23. McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck ME, Weber E, et al. Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1999 [cited 2017 Nov 8];47(3):309-18. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb02994.x>
 24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
 25. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 12];48(6):1020-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700009>
 26. Irvine F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *J Clin Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2017 Dec 18];16(3):593-602. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01539.x>
 27. Whitehead D. Health promotion and health education: advancing the concepts. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [cited 2017 Dec 18];47(3):311-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>
 28. Allen KR, Hazelett SE, Radwany S, Ertle D, Fosnight SM, Moore PS. The Promoting Effective Advance Care for Elders (PEACE) randomized pilot study: theoretical framework and study design. *Popul Health Manag* [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 8];15(2):71-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2011.0004>
 29. Melis RJF, Eijken MIJ, Boon ME, Rikkert MGMO, Achterberg T. Process evaluation of a trial evaluating a multidisciplinary nurse-led home visiting programme for vulnerable older people. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 8];32(11):937-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/09638280903381006>
 30. Lee CB, Chen MS, Powell MJ, Chu CMY. Organisational change to health promoting hospitals: a review of the literature. *Springer Sci Rev* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 15];1(1-2):13-23. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40362-013-0006-7>
-