



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ESTÁGIO CURRICULAR

SUBSÍDIOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DE UM PROGRAMA  
DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO  
PACIENTE COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS

ADRIANA APARECIDA PAZ

EGRE ABRIL DE 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ESTÁGIO CURRICULAR**

**SUBSÍDIOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DE UM PROGRAMA DE  
CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO PACIENTE  
COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS**

**ADRIANA APARECIDA PAZ**

**PORTO ALEGRE, ABRIL DE 2002**

**ADRIANA APARECIDA PAZ**

**SUBSÍDIOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DE UM PROGRAMA DE  
CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR AO PACIENTE  
COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS**

*Monografia apresentada ao Curso de  
Graduação em Enfermagem da Escola  
de Enfermagem da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul, como requisito  
parcial à obtenção do título de  
ENFERMEIRA.*

Orientadora: Prof. Dr. Beatriz Regina  
Lara dos Santos

**PORTO ALEGRE, ABRIL DE 2002**

*"Nos processos de seus sonhos o homem se exercita para a vida futura."*

**NIETZCHE**



## AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial minha *mãe Vera Lúcia e irmãs Graça e Kina*, por serem o meu norte e porto seguro, pelos ensinamentos, incentivo, força e peço desculpa pelos momentos de ausência.

Ao meu *namorado Marcelo e a sua família*, pelo incentivo e paciência.

À *Professora Doutora Beatriz Regina Lara dos Santos*, por acreditar em mim, desde o início de minha trajetória na Escola de Enfermagem, pela sua competência nas orientações, pelos momentos de alegria, felicidade, apoio, festas e a riqueza mais importante à amizade.

Aos membros do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo convívio, incentivo, acolhimento, apoio, aprendizados e amizades.

Aos colegas formandos 2001/2 que em algum momento foram incentivo de continuar a trajetória, e embora houvesse alguns momentos não tão felizes, mas estes eram apenas obstáculos para crescermos e conseguirmos chegar até aqui, em que somos todos "*vencedores*". Em especial, aos amigos Alessandra Medonça Cesar, Alex Vitelmo da Silva Guimarães, Ricardo de Freitas Piovesan, Taise Regina Braz Soares e Vanessa Schneider pelo convívio nos trabalhos em grupo, nas festas e "*happy-hours*", pelo apoio e companherismo.

Às enfermeiras Magda E. C. Flores, Silvete Schneider, Gládis Almeida, Sílvia Ferreira e Juceleni Malheiros pelo incentivo, o convívio que com muito carinho me acolheram, pelos ensinamentos, pelas referências bibliográficas e amizades.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
2.1	CONTEXTUALIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR.....	10
2.2	FALANDO DO PACIENTE COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS .....	11
<b>3</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS –SUBSÍDIOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADO DOMICILIAR AO PACIENTE COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS</b> .....	<b>16</b>
4.1	PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CUIDADO DOMICILIAR.....	17
4.1.1	<i>Definição e Modalidades</i> .....	17
4.1.2	<i>Justificativas</i> .....	21
4.1.3	<i>Objetivos</i> .....	23
4.1.4	<i>A Estrutura do Programa de Cuidado Domiciliar no Contexto da Instituição Hospitalar</i> .....	24
4.1.5	<i>Recursos Materiais e Humanos</i> .....	30
4.1.6	<i>Indicadores de Avaliação</i> .....	31

4.2	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	32
4.2.1	<i>Capacidade Funcional e Atividades da Vida Diária.....</i>	33
4.2.2	<i>Nutrição e Hidratação.....</i>	35
4.2.3	<i>Motilidade.....</i>	38
4.2.4	<i>Cuidado Corporal.....</i>	40
4.2.5	<i>Eliminações.....</i>	44
4.2.6	<i>Comunicação.....</i>	44
4.2.7	<i>Integridade Cutâneo-Mucosa.....</i>	46
4.3	SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO.....	48
4.3.1	<i>Princípios Norteadores.....</i>	48
4.3.2	<i>Definição de Cuidado.....</i>	51
4.3.3	<i>Processo de Enfermagem no Domicílio.....</i>	52
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Quadro dos documentos selecionados para análise de dados .....66

## 1 INTRODUÇÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) está, paulatinamente, implantando programas de cuidado de enfermagem domiciliar em diversas áreas, com o propósito de acompanhar o estado de saúde dos pacientes, bem como prevenir complicações e evitar reinternações hospitalares. Frente a este contexto o HCPA tem como prioridade institucional à estruturação do Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao Paciente com Seqüelas Neurológicas. E por outro lado, a família à medida que recebem orientações dos profissionais de enfermagem participam ativamente realizando o cuidado adequadamente no âmbito domiciliar.

Sabe-se que uma grande parcela da população brasileira é constituída por pacientes adultos que manifestam lesões oriundas de problemas neurológicos, os quais necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio, após a sua alta hospitalar. As seqüelas neurológicas evidenciam alterações das necessidades humanas básicas, provocando a dependência no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVDs).

A escolha do tema esta vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “Formação de Recursos Humanos e Políticas de Saúde: saúde do idoso”, que está sendo realizado em conjunto com Professores Pesquisadores e Bolsistas de Iniciação Científica do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e enfermeiras do HCPA.

Frente ao contexto desta população com comprometimento devido às

seqüelas neurológicas, acredita-se que a ação do enfermeiro junto a esses pacientes e suas famílias, constitui-se um grande desafio à prática profissional da enfermagem no que se refere ao cuidado domiciliar.

Portanto, com o intuito de contribuir para que os profissionais de enfermagem possam atuar nessa estratégia assistencial em saúde coletiva é que se desenvolveu este estudo que pretende fornecer subsídios para implantação do Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao Paciente com Seqüelas Neurológicas, bem como, para outros futuros programas de cuidado de enfermagem domiciliar, nesta instituição.

Em consonância com Pereira, Medeiros e Munardi (1998), acredita-se que a produção científica em enfermagem terá relevância social, à medida que, constrói possibilidades concretas de melhoria da qualidade de vida da população investigada.

Assim, no momento atual sente-se a necessidade de enfrentar o desafio de fazer ciência contribuindo para os processos políticos em saúde, através da organização, execução e acompanhamento de modalidades de atendimento diversificadas à população, especificamente, à população de adultos com seqüelas neurológicas, no âmbito domiciliar.

Por isso, este estudo tem por objetivo de **propor subsídios para a estruturação do programa de cuidado de enfermagem domiciliar de pacientes com seqüelas neurológicas**, por meio de revisão bibliográfica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

Atualmente, o cuidado de enfermagem domiciliar está em pauta, em decorrência, principalmente, de necessidades sociais e de saúde da população. Como afirmam Elkan et al (2001) as visitas domiciliares têm mostrado resultados promissores à medida que identificam necessidades sociais e de saúde desta população.

Santos et al (1998) referem que o cuidado domiciliar é uma estratégia assistencial que vem sendo realizada através de iniciativas vinculadas ao setor público, a rede básica e os hospitais, bem como pelo setor privado, e empresas de prestação de serviços.

Concordando com Lacerda (1996, p.1) o cuidado domiciliar constitui um

*“(...) serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em resposta à sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar (...).”*

Viegas (2001, p.30), em sua dissertação de Mestrado, afirma que *“é de vital importância que a enfermeira considere as implicações do impacto de uma doença na família, pois todos os membros são afetados.”* Portanto, os profissionais de saúde que realizam as visitas domiciliares devem estar empenhados em estimular e promover a saúde no âmbito domiciliar.

No cuidado de enfermagem domiciliar é imprescindível a avaliação da enfermeira sobre as necessidades humanas básicas do paciente, como seu grau de dependência e também das condições dos cuidadores com o intuito de



que estes sejam orientados em relação às medidas de conforto e segurança do paciente. Assim, o cuidado de enfermagem domiciliar incentiva ações voltadas para o cuidado e autocuidado, proporcionando recuperação e reabilitação do paciente dentro do contexto familiar.

Santos et al (1998) descrevem que nas duas últimas décadas, no município de Porto Alegre, várias são as iniciativas relacionadas ao cuidado domiciliar: como a solidificação deste atendimento no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; a recente incorporação desta atividade no cotidiano dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município; a implantação deste atendimento em instituições privadas; e a atual organização do Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar do HCPA, sendo que cada uma destas iniciativas encontra-se em um estágio de desenvolvimento.

## 2.2 FALANDO DO PACIENTE COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS

O paciente com seqüelas neurológicas geralmente apresenta déficit de autocuidado resultando na dependência devido à incapacidade de realizar as atividades da vida diária, familiar e/ou social. Cabe ressaltar que a dependência produz sentimentos de incapacidade, ansiedade, medo e preocupação, tanto para o paciente como para a família ou cuidador mais próximo.

Percebe-se que para a família, muitas vezes, torna-se difícil lidar com tais alterações no estilo de vida, que iniciam com a hospitalização. Estas mudanças influenciam todos os membros que constituem o núcleo familiar. Neste momento a colaboração e compreensão dos indivíduos da família tornam-se imprescindíveis no cuidado ao paciente com seqüelas neurológicas.

Em estudo realizado no HCPA, Portella, Sangalli e Schneider (s.d.) apontam que os pacientes com seqüelas neurológicas apresentaram as seguintes percentagens: 33,3% em decorrência do Acidente Vascular Cerebral; 26,7% câncer com comprometimento neurológico; 20% demência e/ou senilidade. Em relação às seqüelas neurológicas o estudo revela que 93,3% apresentaram distúrbio na deglutição, sendo que este, gera, posteriormente, complicações decorrentes do déficit alimentar e da hidratação diminuída.

No que se refere ao cuidado domiciliar do paciente com seqüelas neurológico, segundo Kassab (2000), ao analisar a incidência de patologias dos pacientes do Programa de Cuidado Domiciliar do Hospital de Servidor Público Estadual de São Paulo, 34% destes eram portadores de doenças neurológicas. Enquanto Yuaso e Squizzatto (2000), ao analisarem as causas que justificaram o registro do paciente no Programa de Cuidado Domiciliar do Hospital de Clínicas de São Paulo, constataram que a primeira, entre tantas causas, foi o acidente vascular cerebral, com uma incidência de 41%.

Karsch (1998, p.17) afirma que *"(...) vítimas de derrame cerebral têm alta hospitalar, geralmente, sem nenhuma orientação aos familiares e com muito pouca informação."* Diante deste contexto acredita-se na importância de propor subsídios para a estruturação de um Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao Paciente com Seqüelas Neurológicas, visando estimular e promover melhor qualidade de vida ao paciente e sua família.

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

O cuidado de enfermagem domiciliar tem o propósito de prevenir complicações e evitar reinternações, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida a população. Este tipo de cuidado tende ser mais humanizado, devido à valorização do contexto domiciliar. As avaliações e orientações dos profissionais de enfermagem, no âmbito domiciliar oportunizam a participação familiar no cuidado deste paciente.

Assim, o objetivo deste estudo é **propor subsídios para a estruturação do programa de cuidado de enfermagem domiciliar de pacientes com seqüelas neurológicas.**

Com este estudo pretende-se responder às seguintes questões norteadoras:

- Como ocorre o planejamento, a implementação e a avaliação do programa de cuidado domiciliar para pacientes com seqüelas neurológicas e sua família?
- Quais as necessidades humanas básicas afetadas no paciente com seqüelas neurológicas?
- Quais os cuidados de enfermagem para o paciente com seqüelas neurológicas e sua família?
- Qual a sistematização do cuidado a ser desenvolvido pelo profissional de enfermagem no âmbito domiciliar?

Este estudo é do tipo descritivo, contemplando uma abordagem qualitativa por meio de uma revisão bibliográfica.

Os dados que foram coletados somaram 32 documentos que estão listados em anexo (Anexo A). Foram selecionados 18 capítulos de livros, 3

artigos científicos de revista de circulação nacional, 1 dissertação de mestrado, 4 publicações em Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1 documento da Legislação Federal do Brasil, 1 documento do Conselho Federal de Enfermagem e 4 documentos eletrônicos da base de dados GOOGLE<sup>1</sup>.

A partir desta seleção o conteúdo dos textos foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2000), que é utilizada em investigações quantitativas e qualitativas e em diversos setores das ciências humanas. Krippendorff *apud* Santos et al (1998) descreve que é uma técnica de investigação destinada a formular a partir de certos dados, inferências reproduzíveis e válidas que possam empregar-se ao contexto. A técnica possui três etapas cronológicas que são a pré-análise, a exploração de material e o tratamento dos resultados.

Neste estudo, o material contemplou inicialmente a organização dos textos por ordem cronológica. Após a exaustiva leitura, acompanhada pela decomposição do material coletado em unidades de significado, estes foram agregados ao tema em categorias preestabelecidas, sendo que não emergiu outras categorias durante a análise.

A compilação do material bibliográfico foi realizado por meio de fotocópias e armazenado em um arquivo para a construção deste estudo.

Na análise dos resultados, à medida que foi classificado cada referência bibliográfica, a pesquisadora transcrevia as unidades de significado. O banco de dados permitiu manipulação e organização temática do referencial.

---

<sup>1</sup> É um banco de dados onde se encontram documentos eletrônicos de cunho científico e não-científico, mediante a digitação de palavras-chaves. Acesso via Internet: <<http://www.google.com.br>>

Os resultados organizados foram apresentados em categorias e temas. Através da interpretação destes resultados, percebe-se uma nova perspectiva teórica a área temática investigada, o que futuramente subsidiará a elaboração da proposta do Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar ao Paciente com Seqüelas Neurológicas do HCPA.

Os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos autorais dos indivíduos envolvidos devido à utilização dos referenciais bibliográficos, para a construção deste estudo.

#### 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS –SUBSÍDIOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE CUIDADO DOMICILIAR AO PACIENTE COM SEQÜELAS NEUROLÓGICAS

A análise da bibliografia selecionada foi realizada à luz das categorias pré-estabelecidas. Desta análise surgiram temas que são apresentados, por categoria, no quadro que segue.

CATEGORIAS	TEMAS
Planejamento, Implementação e Avaliação de Programas de Cuidado Domiciliar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição e Modalidades</li><li>- Justificativas</li><li>- Objetivos</li><li>- Estrutura do Programa no Contexto da Instituição Hospitalar</li><li>- Recursos Materiais e Humanos</li><li>- Indicadores de Avaliação</li></ul>
Necessidades Humanas Básicas Afetadas e Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capacidade Funcional e Atividades de Vida Diária</li><li>- Nutrição e Hidratação</li><li>- Motilidade</li><li>- Cuidado Corporal</li><li>- Eliminações</li><li>- Comunicação</li><li>- Integridade Cutâneo-Mucosa</li></ul>
Sistematização do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Princípios Norteadores</li><li>- Definição de Cuidado</li><li>- Processo de Enfermagem</li></ul>

Cada uma das categorias com seus respectivos temas serão apresentadas a seguir.

## 4.1 PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CUIDADO DOMICILIAR

### 4.1.1 Definição e Modalidades

O cuidado domiciliar, segundo Duarte e Diogo (2000), Santos et al (1998) e Lacerda *apud* Santos et al (1998), é uma estratégia de atenção à saúde desenvolvida desde os tempos mais remotos. No Brasil, esteve quase sempre relacionada à área de Saúde Coletiva, mais especificamente aos programas materno-infantil e ao controle das doenças infecto-contagiosas. Apenas na última década, esta estratégia de atenção está voltando-se para o atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas, incapacitantes ou terminais.

Duarte e Diogo (2000, p.7) destacam que a atenção no domicílio é uma estratégia de atenção à saúde que

*“engloba muito mais que um tratamento médico residencial padronizado, é um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia e esforça-se em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente. Envolve o planejamento, a coordenação e o fornecimento de vários serviços”.*

Assim, segundo os autores acima citados, nos serviços de atenção domiciliária, as ações devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade que o paciente está inserido. Considerando as limitações e possibilidades do paciente, a atenção no espaço domiciliar visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.

No contexto da Enfermagem, o cuidado domiciliar, conforme a

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN número 267, consiste “*na prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio*”. Segundo esta resolução, tal atividade ocorre em diversos níveis de complexidade, ou seja, menor, média ou alta complexidade. A atividade é de **menor complexidade** quando se relaciona com ações de promoção e/ou manutenção do estilo de vida saudável; a **média complexidade** quando engloba ações e procedimentos de Enfermagem que visam o tratamento de uma doença em curso; e de **alta complexidade** quando envolve procedimentos de uma equipe multiprofissional e a internação do paciente no domicílio.

Conforme a resolução do COFEN acima citada, é de competência do enfermeiro exercer funções de ordem administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa. A primeira refere-se à organização da atividade em serviços de saúde e compreende ações de planejamento, implementação e avaliação, tais como: definir funções e normas de pessoal de enfermagem; avaliar o planejamento e a execução das atividades de enfermagem no domicílio; entre outras. Na função assistencial, o enfermeiro desenvolve todas as ações relacionadas à sistematização do atendimento de enfermagem no domicílio, as quais englobam “*identificar, diagnosticar, prescrever e avaliar sobre a prestação do cuidado de saúde e de enfermagem a ser realizada em domicílio do cliente, família e/ou grupo social*”, entre estas ações estão incluídas a análise da ergonomia ambiental e do suporte tecnológico no domicílio, bem como o estabelecimento do potencial da família para o exercício do cuidado não profissional. A função educativa engloba processos de educação do



cliente, da família, dos profissionais de enfermagem e de saúde. Enquanto a função de pesquisa engloba a execução de investigações no âmbito das três funções anteriores, em consonância com os princípios da bioética e com o compromisso de implementar os resultados das investigações. (COFEN, 2001).

Segundo Lacerda citado por Santos et al (1998, p.122), o cuidado de enfermagem domiciliar constitui-se em um *“serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em respostas à sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar”*. Santos et al (1998, p.122) acrescentam que a atividade de cuidado domiciliar deve considerar a organização familiar e comunitária em que o paciente está inserido, bem como *“integrar o sistema de cuidado profissional de saúde com o sistema de cuidado popular exercido pelo grupo familiar ou rede de apoio social deste paciente.”*

Ao analisarem o domicílio como espaço de cuidado, Santos et al (1998), referem duas modalidades de cuidado domiciliar, ou seja: a **assistência domiciliar** que engloba situações de cuidado intermitente por um dano agudo ou agravo de longa duração que envolve ações educativas e/ou realização de procedimentos que visem à redução do dano e a prevenção de complicações deste; e a **internação domiciliar** que ocorre quando o paciente necessita de forma contínua, diariamente, cuidados de enfermagem e assistência da equipe multiprofissional de saúde, bem como de artefatos tecnológicos que auxiliam na manutenção de suas funções vitais.

Reforçando o colocado por Santos et al (1998), Duarte e Diogo (2000) e Jacob-Filho, Chiba e Andrade (2000), consideram a **internação domiciliar** um

tipo de assistência dada para pacientes que ainda poderiam estar no ambiente hospitalar, ou seja, esta pode ser compreendida como a instalação de um mini-hospital domiciliário, pois o paciente para ser tratado necessita da presença de equipamentos e profissionais dioturnamente ao seu lado, incluindo o atendimento de emergência de qualquer natureza. Enquanto a **assistência domiciliária** compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais de forma programada e a necessidade de equipamento se restringe àqueles que podem ser manipulados pelo cuidador familiar.

Para Cruz, Barros e Ferreira (2001), o cuidado domiciliar pode ser oferecido em quatro níveis de atenção, ou seja, primária, secundária, terciária e quaternária. No **nível primário** de atenção, o cuidado domiciliar compreende principalmente ações de promoção da saúde para aquisição de estilo de vida saudável. No que se refere aos cuidados de **nível secundário**, para limitação de um determinado dano, classicamente, estes são prestados nos hospitais, porém diante dos elevados custos da internação hospitalar, eles estão sendo deslocados para seguimento ambulatorial ou internação domiciliar. A internação domiciliar ou, como denominam as autoras (2001, p.6), seguimento domiciliar, *“são serviços oferecidos pelo hospital e prestados pelo enfermeiro especialista em ‘Home Care’ vinculado à unidade básica ou a instituição hospitalar”*. No que se refere ao cuidado domiciliar de **nível terciário** de atenção à saúde, os cuidados são altamente especializados, pois os pacientes são portadores de patologias de diagnóstico e tratamento complexos, sendo que a condição *sine qua non* para a assistência domiciliar é a estabilidade fisiológica do paciente. No **nível quaternário**, o cuidado domiciliar visa a

limitação do dano ou invalidez e a promoção da independência do paciente e da família para o autocuidado, principalmente, através de ações educativas.

Quanto à definição de cuidado domiciliar pode-se afirmar que este sempre existiu ao longo da trajetória da enfermagem tanto em nível nacional como internacional, porém na atualidade ressurge, segundo Cruz, Barros e Ferreira (2001, p.6), *“com um potencial para a formação de empresas de enfermagem e para a articulação com os diversos níveis de atenção à saúde.”* No que se refere ao cuidado domiciliar do adulto com seqüelas neurológicas, pós-alta hospitalar, conclui-se que este consiste em uma modalidade de assistência domiciliar, de média complexidade, em nível de atenção quaternária.

#### **4.1.2 Justificativas**

Conforme Santos et al (1998) são vários os fatores que justificam a tendência à implantação de serviços de cuidado domiciliar. Estes fatores são de diversas ordens e, assim sendo, trazem vantagens para o sistema de saúde, para a instituição hospitalar, para o planejamento e implementação da assistência e principalmente para o paciente e sua família. Duarte e Diogo (2000) lembram que o desenvolvimento tecnológico tem tornado os equipamentos mais portáteis, de fácil manipulação e, acrescenta-se, de menor custo, aumentando assim a possibilidade do tratamento hospitalar ser mantido no domicílio. Papaléo-Netto e Tieppo (2000) justificam a implantação de serviços de cuidado domiciliar, à medida que estes podem constituir uma nova estratégia de ensino e de pesquisa para profissionais e acadêmicos da área da saúde.

Entre os fatores relacionados à sistematização do atendimento, destaca-se a possibilidade da realização do cuidado humano em seu contexto familiar. Segundo esses autores (2000), o cuidado realizado no espaço domiciliar, na maioria das vezes, proporciona uma notável melhora na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Concordando com os autores citados, Creutzberg (2000), salienta que o cuidado domiciliar facilita o planejamento e o desenvolvimento de uma atenção integral, continuada, contextualizada e humanizada. Tal atenção ocorre à medida que proporciona um melhor conhecimento do contexto social, cultural, afetivo, econômico e familiar do paciente.

Atualmente, o padrão mórbido-demográfico da população brasileira apresenta mudanças. Entre estas, destacam-se o aumento dos agravos de longa duração, acompanhados do risco de complicações e do aumento do grau de dependência do paciente. Tais doenças, quando acompanhadas de sua complexidade, demandam vários dias de internação hospitalar e, conseqüentemente, aumentam os custos e coloca o paciente à predisposição de doenças infecto-contagiosas devido à fragilidade de seu estado de saúde. Entretanto, o acompanhamento inadequado do paciente com seqüelas neurológicas após a internação hospitalar no âmbito domiciliar ocasiona hipertrofia dos serviços de emergência por questões não emergenciais sobrecarregando os profissionais de saúde e a instituição, podendo ser minimizados com a atenção domiciliar (Duarte e Diogo, 2000; Santos et al, 1999).

### 4.1.3 Objetivos

Segundo Lunardi e Borba citadas por Santos et al (1999, p.226), o ato de planejar é *“um processo em busca de novos caminhos, novas soluções, encaminhamentos e possibilidades para alcançar mudanças e transformações pretendidas”*. Assim sendo, quando se planeja um programa de cuidado domiciliar, objetivos são estabelecidos com a finalidade de concretizar as mudanças e transformações desejadas. A análise da bibliografia selecionada aponta para objetivos relacionados ao paciente, à família e cuidadores do paciente, às instituições de saúde e à formação de profissionais da área da saúde.

No que se refere ao paciente os objetivos citados são:

- manter o paciente em seu habitat familiar;
- melhorar a qualidade de vida de pacientes crônicos e daqueles fora de possibilidade terapêutica;
- restaurar e manter o equilíbrio biopsicossocial, através de cuidados;
- evitar reinternações repetitivas;
- encorajar a independência e autocuidado;
- encorajar a esperança;
- diminuir o tempo de estadia em hospitais;
- educar para atitudes adequadas de saúde. (Duarte e Diogo, 2000; Jacob-Filho, Chiba e Andrade, 2000; Ribeiro, 1998).

Os cuidadores informais podem ser membros da família, amigos, vizinhos ou pessoas próximas que, sem formação específica, assistem os

doentes no cotidiano domiciliar. Conforme Duarte et al (2000), um dos objetivos dos programas de atenção domiciliar é orientar os *“cuidadores informais”* na execução de cuidados do dia-a-dia, assim diminuindo o estresse destes e otimizando a autonomia do cliente e da família. Ribeiro (1998, p.136) também acredita que o maior objetivo da atenção domiciliar é *“proporcionar uma maior tranquilidade à família no cuidado de seu familiar doente”*. Esta autora enfatiza que a família constitui o elemento fundamental da sociedade e a promoção da saúde que é essencial para o desenvolvimento de uma sociedade saudável, o objetivo maior da programa de atenção domiciliar é a promoção e manutenção da saúde da família.

No que se refere às instituições de saúde Falcão (1999) e Duarte e Diogo (2000), apontam a diminuição da média de permanência hospitalar, a maior rotatividade de leitos e, conseqüentemente, a otimização destes, acarretando a redução dos custos de internação e a obtenção de uma maior margem de lucro.

Duarte et al (2000); Jacob-Filho, Chiba e Andrade (2000) inferem a importância de proporcionar aos acadêmicos esta inovadora estratégia assistencial no ensino, bem como fornecer subsídios para formação mais condizente com as demandas da população brasileira. Estes são objetivos implícitos nos programas de atendimento domiciliar vinculados, principalmente, a hospitais universitários.

#### **4.1.4. A Estrutura do Programa de Cuidado Domiciliar no Contexto da Instituição Hospitalar**

Santos et al (1998) descrevem que o cotidiano das enfermeiras que

desenvolvem o cuidado de enfermagem domiciliar não se dedicam totalmente a esta atividade, devido ações assistenciais na instituição, as quais incluem: consulta de enfermagem, grupos de educação e saúde, supervisão e treinamento da equipe de enfermagem. Ainda neste mesmo estudo, as autoras abordaram as ações do cuidado de enfermagem domiciliar, entre as quais destacam:

- a orientação do pacientes e seus familiares sobre o programa de cuidado domiciliar e a patologia do paciente;
- a explicação de que a recuperação do paciente no domicílio, muitas vezes, é mais rápido e confortável para todos os membros da família;
- a orientação da necessidade do prontuário e da necessidade do profissional registrar a evolução do paciente, bem como dos cuidados prestados a este;
- a identificação de um profissional da equipe que estabelecerá o elo com a família
- evidenciar a importância da participação dos demais membros da família e ressaltar que a equipe é constituída também por eles, pois é eles que vão interagir com o paciente;
- a informação do horário das visitas que serão realizadas, e o fornecimento do número do telefone e o horário para contato com a enfermeira.

No que se refere aos procedimentos de enfermagem, as autoras acima citadas observaram que estes, quando complexos, são realizados pela enfermeira, por exemplo, sondagens, avaliação de úlcera de pressão, entre

outros, bem como orientações aos familiares para realização de medidas de conforto. Os auxiliares de enfermagem, também, participam deste cuidado no domicílio, realizando atividades menos complexas e acompanhando a enfermeira com a finalidade de serem treinados nesta atividade. Em relação às decisões sobre o estado de saúde-doença do paciente é de competência médica.

Farias (1998) descreve as atividades desenvolvidas no Serviço de Assistência Domiciliar (SADS) que constituem:

- visita da equipe multiprofissional;
- traslado de paciente para realizar exames na instituição ou em outros serviços de saúde;
- coletas de materiais para exames laboratoriais;
- realização de procedimentos invasivos (sondagem vesical, naso-enteral, cateterismo venoso periférico);
- realização de consulta de enfermagem;
- fornecimento de medicações, materiais de curativos e alimentações enterais;
- notificação epidemiológica de infecções;
- treinamentos e palestras para os cuidadores;
- orientações quanto aos cuidados gerais, como higienização, manipulação de cateteres, administração dos medicamentos, alimentações enterais e curativos;
- reunião ordinária, mensalmente, com a equipe multiprofissional.

Segundo Berger, citado por Duarte e Barros (2000) define o cuidado



realizado no domicílio como uma relação de ajuda que exige definição de objetivos comuns para a família e para a equipe multiprofissional na execução deste cuidado. Portanto, compete ao profissional de enfermagem:

- identificar os problemas vivenciados pelo cliente;
- estabelecer com o paciente/cuidador objetivos concretos e pertinentes ao cuidado;
- avaliar conjuntamente suas capacidades e limitações;
- escolher conjuntamente os meios para ajudá-lo a atingir os objetivos considerando o sistema de valores do paciente;
- fazer com que o paciente participe ativamente na definição dos objetivos;
- trabalhar com um elemento de cada vez;
- considerar primeiramente o problema atual.

O planejamento do cuidado, segundo Kassab (2000) é preestabelecido, mas deve ser flexível, pois é necessário atender as prioridades. Quando o paciente apresentar complicações que exijam um acompanhamento ou avaliação da enfermagem, o profissional poderá realizar visitas ao paciente diariamente. Enquanto para outros pacientes, que estão em condição de estável, o acompanhamento é realizado com intervalos de dias, semanas ou meses, conforme suas condições e necessidades.

Em relação às responsabilidades da enfermeira no cuidado domiciliar, Cruz, Barros e Ferreira (2001) citam: a coordenação e supervisão da equipe de enfermagem; a assistência integral ao paciente e a família; segurança e conforto do paciente; e observação do código de ética profissional e dos

direitos do paciente enquanto pessoa humana e consumidor do cuidado. Em relação às atividades de nível administrativo consiste em: orientar o cuidador familiar; liderar a equipe de enfermagem e equipe de saúde; elaborar relatórios para fins de reembolso; e providenciar apoio logístico para o cuidado (recursos humanos e materiais).

No entanto, diante desta dinâmica, Duarte e Barros (2000) salientam algumas considerações sobre ações que não devem ser realizadas pelo profissional de enfermagem no cuidado domiciliar ao paciente:

- dar ordens sem a avaliação do contexto que compreende as situações de agravos, levando o paciente a negação de suas emoções;
- fazer ameaças, pois acrescenta o medo frente à problemática apresentada pelo paciente;
- censurar, advertir de forma contundente, podendo desta forma prejudicar o paciente quanto ao discernimento entre o certo e errado, incapacitando-o para a resolução de seus problemas e necessidades;
- dar soluções rápidas não permitindo ao paciente reflexão sobre a problemática e sua potencialidade de ação. Como o problema é solucionado pelo profissional, o paciente por sua vez, torna-se dependente do profissional na tomada de decisões;
- argumentar logicamente, por exemplo, "*o problema ressurgiu porque o senhor não seguiu as recomendações*". Diante desta atitude, pode-se colocar o paciente numa posição desconfortável, provocado baixa

auto-estima por não conseguir seguir as recomendações para o seu autocuidado;

- julgar e criticar o paciente, podem fazer com que o elo de confiança entre enfermeiro-paciente seja comprometido;
- lisonjear e aprovar, por exemplo, "*desta vez tomou a decisão certa*", podem ocasionar receios, que podem não ser aprovados em outras situações devido o julgamento profissional.

No entendimento de Creutzberg (2000) e Santos et al (1998) mencionam que não é possível estabelecer uma rotina fixa para as ações de enfermagem, pois a dinâmica do domicílio requer da equipe flexibilidade, readaptação constante, criatividade e atitude multiprofissional que valorize também o cuidado realizado pelo grupo familiar.

A sistematização do cuidado é realizada através da metodologia do processo de enfermagem, onde todas as etapas da sistematização devem incluir por parte do cuidador profissional uma atitude de valorização e parceria com o paciente no contexto familiar.

Conforme Santos et al (1999), entre os critérios para criação de programas devem estar presente, principalmente, a coerência com as necessidades da demanda da clientela da instituição hospitalar, a integração com a equipe multiprofissional e os mecanismos de integração com a rede básica de saúde. No que se refere à demanda da instituição hospitalar esta está muito relacionada ao atual perfil epidemiológico da população brasileira, pois segundo Jacob-Filho, Chiba e Andrade (2000), dentre as enfermidades responsáveis pelo encaminhamento para programa de cuidado no domicílio

62% são agravos de longa duração. Duarte e Diogo (2000) lembram que as demandas para atendimento domiciliar são o não comparecimento ao acompanhamento ambulatorial. Salientam, também, a verificação do grau de dependência no período da internação que poderá manifestar as prováveis dificuldades na prestação do cuidado requerido pelo paciente no contexto domiciliar.

Yuaso e Sguizzatto (2000) e Santos et al (1999) estipulam alguns critérios de elegibilidade de pacientes para Programas de Cuidado Domiciliar:

- apresentar estabilidade clínica;
- apresentar dificuldade de locomoção por sofrimento físico ou mental;
- apresentar acentuado nível de dependência;
- ser portador de agravo de longa duração ou aguda incapacitante;
- possuir domicílio no município de localização da instituição hospitalar;
- possuir rede de suporte social constituída por familiares, amigos, voluntários, vizinhos ou outros;
- possuir um cuidador responsável para suprir as necessidades de atividade de vida diária (higiene, alimentação, entre outras).

#### **4.1.5 Recursos Materiais e Humanos**

Os recursos humanos, segundo Leme (2000) devem estar vinculados a formação de uma equipe multiprofissional, na qual os membros tem conhecimento científico conforme sua área de atuação. Jacob-Filho, Chiba e Andrade (2000) descrevem em seu estudo que a composição da equipe multiprofissional são constituídas pelos seguintes profissionais: assistente social, enfermeiro, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico

supervisor, médico residente, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutica e psicóloga.

Santos et al (1998) em sua investigação relatam sobre os recursos materiais, os quais são provenientes da instituição e da família. Geralmente, a instituição fornece o material necessário para o desenvolvimento do cuidado no âmbito domiciliar. Ressaltam também, que algumas vezes a instituição fornece transporte aos pacientes para a realização de exames. Em consonância, Creuztberg (2000) enfatiza que o programa de cuidado domiciliar deve prever os recursos materiais que possam ser repassados às famílias, desde medicamentos,...., e equipamentos.

Duarte e Diogo (2000) ressaltam que os custos relacionados aos recursos humanos e materiais são sempre questões preocupantes, pois como mostram estudos as intervenções no domicílio consomem um terço do custo das intervenções realizadas no âmbito hospitalar. Os autores complementam que a assistência domiciliária não significa ser mais barata, mas que comparativamente ao sistema hospitalar é significativamente inferior. Brasil (1999) salienta que os "*(...) custos gerados pela dependência são tão grandes como dedicar um membro da família para auxiliar o indivíduo que, muitas vezes, irá viver mais de 10 ou 20 anos, (...)*", logo requer atenção do sistema de saúde, englobando leitos hospitalares e procedimentos de diagnósticos caros e sofisticados.

#### **4.1.6 Indicadores de Avaliação**

Conforme Duarte et al (2000); Santos et al (1998) colocam que os indicadores de avaliação do Programa de Cuidado Domiciliar devem estar

sempre relacionados aos objetivos do programa, que como já foi abordado, estão vinculados aos pacientes, à família/cuidadores não profissionais, à instituição de saúde e/ou à formação dos profissionais da área. Assim sendo, metas a curto, médio e longo prazo devem ser estabelecidas. Tais metas devem ser relacionadas tanto ao paciente e à família como à instituição e aos profissionais. A avaliação dos programas deve se referir ao alcance destas metas. Os indicadores de avaliação usualmente utilizados, são:

- a adesão terapêutica por parte dos pacientes;
- a segurança na realização de cuidados no domicílio;
- a satisfação por parte do paciente e sua família com o atendimento fornecido;
- o grau de ansiedade com a situação vivenciada;
- a identificação de riscos;
- a participação da família no tratamento;
- o alcance do autocuidado;
- a adesão a ações de educação e saúde;
- o número de intercorrências e reinternações;
- a otimização do leito hospitalar e do atendimento ambulatorial;
- a redução de custos.

#### 4.2 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Smeltzer e Bare (1998) apontam que as necessidades são essenciais na vida de todos os indivíduos. Essas necessidades são atendidas com "base" em prioridades, porém, algumas são imprescindíveis à sobrevivência. Todavia,

quando uma necessidade essencial é atendida, o indivíduo passa para outra necessidade em nível superior.

Maslow citado por Smeltzer e Bare (1998), identificou cinco níveis de necessidades, que conforme a prioridade de cada indivíduo reflete numa hierarquia, que são: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades de gregarismo e afetividade, necessidades de estima e auto-respeito, e por último, necessidades de auto-atualização.

Perroca e Gaidzinski (1998) classificam as necessidades humanas básicas como: estado mental e nível de consciência; oxigenação; sinais vitais; nutrição e hidratação; motilidade; locomoção; cuidado corporal; eliminação; terapêutica; educação para saúde; comportamento; comunicação; e integridade cutâneo-mucosa.

Frente às estas definições foi utilizado a classificação de Perroca e Gaidzinski (1998) para descrever as necessidades humanas básicas afetadas dos pacientes com seqüelas neurológicas e os cuidados de enfermagem relacionados a estas, que foram encontrados na literatura. Destaca-se neste estudo as seguintes necessidades humanas básicas afetadas: nutrição e hidratação; motilidade; cuidado corporal; eliminações; comunicação e integridade cutâneo-mucosa.

#### **4.2.1 Capacidade Funcional e Atividades da Vida Diária**

Segundo Brasil (1999) e Pavarini e Neri (2000) a capacidade funcional, ou seja, é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. O desempenho de qualquer

capacidade funcional, é o produto da interação entre as necessidades biológicas, psicológicas e ambientais.

Para a Saúde Pública, Brasil (1999) coloca que a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde. O mesmo autor, menciona que as *"ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional, ou no mínimo a manutenção, e se possível a recuperação desta capacidade comprometida"*.

Brasil (1999) aponta que a reabilitação da capacidade funcional, a qual pode estar agregada aos agravos de longa duração decorrente da perda continuada da função de órgãos ou aparelhos fisiológicos, pode ou não manifestar limitações funcionais, que por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência.

No entanto, as doenças físicas ou mentais podem levar à dependência, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional. Pavarini e Neri (2000) definem a independência como a capacidade de realizar tarefas da vida diária sem ajuda. Embora exista uma relação entre poder fazer e poder escolher, as autoras lembram que, mesmo funcional ou fisicamente impedidas, alguns indivíduos conseguem exercer suas capacidades de escolha e de controle sobre parte do seu ambiente.

Para Pavarini e Neri (2000) a dependência funcional é conhecida também como incapacidade funcional, a qual não consegue realizar atividades da vida diária (AVDs), e apresentam-se com diferentes graus de severidade,



causando sobrecarga à família/cuidador e aos profissionais, porque implicam no declínio físico, pouca persistência na tarefa, perda de força muscular e diminuição de flexibilidade e da coordenação de movimentos deste indivíduo dependente.

O grau de dependência do indivíduo, como salienta Diogo, Paschoal e Cintra (2000) constitui-se na verificação da realização das AVDs, se este está acamado, se sua mobilidade e locomoção não estão comprometidas, ou até mesmo se há necessidade de ajuda para se vestir e se despir.

Brasil (1999) e Tirado (2002) descrevem as AVDs como cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende aspectos pessoais: banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com finanças. No entanto, quando estas atividades são realizadas de forma adequada e segura podem conferir satisfação, bem-estar e aumento da independência.

No estudo de Creutzberg (2000), a pesquisadora observou e entrevistou quatro famílias, as quais apresentavam um membro da família em dependência. Esse estudo, mostrou que a dependência física deixa o indivíduo revoltado e deprimido, e dentre, as AVDs descritas percebe-se alterações na locomoção, mobilidade, cuidado corporal, eliminações, nutrição e hidratação, estado mental e nível de consciência.

#### **4.2.2 Nutrição e Hidratação**

Perroca e Gaidzinski (1998, p.163) definem nutrição e hidratação como a *“habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades*

*metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhamento ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e cateteres”.*

Para Leme (2000) a nutrição e hidratação apresentam os seguintes mecanismos: na mastigação podem manifestar alterações decorrentes da diminuição de força nos músculos envolvidos neste processo; na deglutição apresenta diminuição de força e tonicidade da musculatura esofágica que alteram esta capacidade. Essas alterações, geralmente, são associadas à patologias como Acidente Vascular Encefálico (AVE), demências, doença de Parkinson, entre outras.

Frente às alterações na nutrição e hidratação Nakamura e Bello (2000) e Tirado (2002) referem alguns cuidados que podem ser orientados pela enfermeira no domicílio do paciente. Os autores ressaltam algumas condições necessárias para o ato de alimentar os pacientes com seqüelas neurológicas:

- as refeições devem ser realizadas sempre nos mesmos horários;
- o local deve ser iluminado, arejado e tranquilo;
- os utensílios utilizados devem ser resistentes e inquebráveis;
- evitar o excesso de estímulo visual, colocando apenas os utensílios necessários para a alimentação do paciente;
- promover contraste de cor entre os alimentos, prato e toalha de mesa visando facilitar a orientação e percepção visual;
- adaptar os copos e xícaras com alças, tampas e canudos plásticos para uma melhor hidratação do paciente, sendo que a adaptação destes aumentam a independência e a participação do paciente ao ato alimentar;

- ter atenção especial quanto à temperatura dos alimentos para evitar acidentes;
- não misturar alimentos sólidos e líquidos, pois a tendência é engolir sem mastigar os alimentos sólidos.
- a postura do paciente, sempre que possível verticalizado a 90°, com a finalidade de evitar aspiração por refluxo gástrico. Na alimentação enteral adota-se a mesma postura.
- deve ser evitado a extensão cervical, optando-se na maioria das vezes pela ligeira flexão anterior do pescoço a fim de proteger as vias áreas durante a deglutição.
- para os pacientes que apresentam riscos de fraturas vertebrais deve-se procurar uma solução junto à equipe multiprofissional.
- a quantidade e ritmo do volume deve permitir uma mastigação homogênea de todo o bolo alimentar;
- se o paciente tem tendência a exceder este volume, deve-se utilizar talheres menores com o intuito de diminuir o volume;
- o ritmo de alimentação é individual de cada paciente, exceto quando há presença de comprometimentos cognitivos, necessitando de comandos verbais para mastigar, deglutir ou lentificar essa ação;
- quando o paciente é dependente total, o cuidador deve respeitar ao máximo o ritmo do paciente, a fim de evitar riscos para aspiração pulmonar.

As mesmas autoras, salientam que o ritmo ideal é o tempo resultante da mastigação junto a deglutição total do alimento ou líquidos, assim, permitindo

levar outro volume à boca do paciente, sempre respeitando a individualidade do paciente.

Em relação a mastigação deve-se atentar para a saúde bucal e a adaptação de próteses dentárias, pois são fatores que interferem na qualidade da alimentação. A falta de higiene pode acarretar riscos tanto para a saúde bucal quanto para eventual aspiração de restos alimentares.

No caso de engasgo: deve-se estimular a tosse, se líquidos realizar tapotagem na região dorsal, do sentido inferior para o superior e após estes transtornos aguardar o restabelecimento para continuar a alimentando o paciente.

#### **4.2.3 Motilidade**

A motilidade é definida por Perroca e Gaidzinski (1998, p.163) como a *“capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos”*. Glashan citado por Reis, Viegas e Cruz (2002) em seu estudo realizado na ala geriátrica de um Hospital Geral Universitário, na Grande São Paulo, constatou que após a realização do exame físico do paciente, as principais orientações fornecidas pela equipe de enfermagem relacionavam-se a mobilidade e prevenção de incapacidade. Neste contexto, verifica-se que as orientações de enfermagem à população deste estudo, tornam-se imprescindíveis para o paciente e a família no âmbito domiciliar.

Para Lopes et al *apud* Reis, Viegas e Cruz (2002) os pacientes acamados manifestam uma série de necessidades humanas básicas, dentre elas, a motilidade que na maioria das vezes exigem uma assistência

sistematizada de enfermagem, com a finalidade de promover cuidados, objetivando evitar complicações.

Reis, Viegas e Cruz (2002) apontam alguns cuidados que podem ser realizados pelo cuidador familiar, mediante a orientação da enfermeira no domicílio:

- a realização de exercícios passivos nos membros afetados, de forma lenta com intuito de proporcionar o relaxamento muscular, movimentando até o limite de sua intolerância a dor;
- apoiar as extremidades acima e abaixo da articulação para prevenir lesões nas articulações e nos tecidos, e também, evitar ou reduzir a presença de edema;
- estimular exercícios ativos dos membros não afetados, no mínimo quatro vezes por semana;
- prevenir complicações por meio do alinhamento postural utilizando apoio para os pés, e evitando a mesma posição por períodos prolongados;
- proporcionar mobilização progressiva auxiliando na mudança de posição, ajudando a sentar na cama ou cadeira lentamente;
- permitir que as pernas fiquem suspensas sobre a lateral da cama, por alguns minutos, antes de ficar em pé;
- estimular a saída do leito conforme o tolerado pelo paciente;
- incentivar a deambulação com e sem auxílio, encorajando a deambulação em períodos curtos e freqüentes, e aumentar progressivamente as caminhadas a cada dia;

- implementar precauções de segurança protegendo as áreas com sensibilidade diminuída dos extremos de frio e calor,
- praticar subidas de escada, se as condições permitirem;
- orientar os pacientes e cuidadores familiares quanto às complicações da imobilidade física – flebite, escaras de decúbito e comprometimento neurovascular;
- orientar o cuidador familiar no auxílio das AVDs do paciente.

#### 4.2.4 Cuidado Corporal

Perroca e Gaidzinski (1998, p.163) definem o cuidado corporal como a *“capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se”*. Nesta categoria a abordagem consiste em higiene oral, higiene corporal e vestuário para pacientes com seqüelas neurológicas.

A higiene oral, segundo Sgambatti (2000) é: uma prática profilática de prevenção das afecções dentárias, periodontárias e infecções; estimula a circulação local; elimina restos alimentares e microorganismos; e evita o mau hálito. Tirado (2002) salienta que escovar os dentes proporciona a sensação agradável de limpeza e conforto. Sgambatti (2000) ressalta que a deficiência da higiene oral provoca cáries, acúmulo de placas bacterianas, hipersensibilidade dentária e infecções.

Tirado (2002) e Sgambatti (2000) colocam que são de extrema importância após cada refeição. O cuidado incluem as ações de:

- estimular o paciente na escovação correta e incentivá-lo para que se

ajude;

- posicionar adequadamente o paciente a 45° ou deitado com a cabeça lateralizada durante realização da higiene oral,
- após a escovação realizar a limpeza com fio dental dos espaços interdentais;
- observar aspecto, a sensibilidade, a integridade dos lábios, língua, gengiva, dentes, mucosa oral, a presença ou não de mau hálito e adaptação de próteses a fim de evitar lesões.

Na higiene corporal Santo, Costa e Cruz (2002) afirmam que é uma *“necessidade básica da maior importância, principalmente para as pessoas que necessitam de repouso absoluto, ou sem capacidade para se locomover.”* De acordo com Lopes et al *apud* Santo, Costa e Cruz (2002) o indivíduo que permanece na cama é privado de exercícios que estimulem a circulação, por isso, o banho é uma massagem que estimula a circulação sanguínea, substituindo o exercício. O banho é um dos fatores essenciais para a manutenção da saúde e promoção da sensação de conforto e limpeza ao paciente e ao ambiente. Cabe ressaltar que a pele desempenha funções de proteção, sensibilidade, respiração, excreção e regulação térmica. Desta maneira, é fundamental manter a pele limpa, flexível e elástica, evitando assim o ressecamento e fendilhamento.

A enfermeira no domicílio, segundo Sgambatti (2000), pode realizar o exame físico, durante a higiene corporal. Neste momento, a avaliação do estado geral do paciente compreende:

- integridade do couro cabeludo, unhas e pele;

- estado de limpeza do corpo;
- presença de parasitas na pele e/ou no couro cabeludo;
- comprimento dos cabelos, unhas e pêlos;
- cor, textura, sensibilidade, perfusão e hidratação da pele;
- deformidades, calosidades e outras alterações visíveis.

Tirado (2002) acrescenta que é necessário orientar o paciente sobre todas as etapas do banho, explicando as ações em voz alta, com frases curtas e simples.

Os cuidados em relação a higiene corporal consistem em respeitar o horário de preferência, cultura e privacidade de indivíduo. Para Faro citado por Santo, Costa e Cruz (2002) e Tirado (2002) é importante a enfermeira orientar cuidados referentes à:

- integridade da pele, prevenindo úlceras de pressão;
- utilização de emolientes para a hidratação;
- mudança de decúbito a cada duas horas;
- manter o períneo limpo e seco, evitando o contato prolongado com as eliminações;
- cuidados com a segurança, verificando a temperatura da água no banho;
- instalar no banheiro barras laterais de apoio, tapetes emborrachados e cadeira para banho.

Em relação ao vestuário, esses são hábitos pessoais que podem estar alterados devido as seqüelas neurológicas, necessitando assim, de auxílio, ou



a execução dos mesmos por um cuidador familiar. Tirado (2002) afirma que os pacientes tem muita dificuldades em relação ao vestuário, por apresentarem limitação física e confusão mental.

Sgambatti (2000) e Tirado (2000) descrevem alguns cuidados que o profissional de enfermagem pode orientar o cuidador familiar, a fim de proporcionar uma melhor qualidade no desenvolvimento desta AVD pelo próprio paciente:

- ordenar as roupas a serem vestidas;
- a localização do vestuário deve ser acondicionado em um lugar de fácil acesso;
- o estilo e as características devem ser mantidos, evitando constrangimentos;
- incentivar a participar da atividade, informando a seqüência das roupas que esta vestindo;
- auxiliar o paciente a trocar de vestimenta, devido o risco para quedas e reduzindo desconforto e cansaço;
- optar por tecidos macios, que não amassem e nem provoquem irritações na pele;
- usar sapatos e tênis sem cordões, antiderrapantes, de material macio, confortáveis, devendo evitar a utilização de chinelos, pois aumentam o risco para quedas;
- e manter as roupas e calçados limpos promovendo a sensação de conforto, segurança e bem-estar.

#### 4.2.5 Eliminações

As eliminações para Perroca e Gaidzinski (1998, p.164) referem a *"habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas"*. Segundo Tirado (2002) as eliminações podem exigir que o cuidador mostre onde fica o banheiro, bem como maiores auxílios: indicações verbais sobre a seqüência da atividade ou ajuda física, a fim de satisfazer suas necessidades fisiológicas (eliminação urinária e intestinal).

Os hábitos intestinais dos indivíduos podem apresentar rotinas, os quais podem variar de pessoa para pessoa. A eliminação urinária é mais freqüente, tendo intervalo de duas a três horas. Os cuidados desta população residem no fato de incentivar o paciente a ir ao banheiro quando acorda, após as refeições e antes de dormir. Tirado (2002) afirma que o estabelecimento desta rotina é muito importante para os pacientes que apresentam incontinência urinária.

#### 4.2.6 Comunicação

Para Perroca e Gaidzinski (1998, p.166) a comunicação é definida como a *"habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não-verbal na interação humana"*. Leme (2000) infere que a comunicação pode-se alterar ao longo de uma vida através da:

- produção oral devido às dificuldades articulatórias podendo estar associadas à perda de dentes, inadaptação de próteses dentárias, alterações na voz e respiração;
- da linguagem devido às alterações na composição de idéias e

dificuldades de acesso ao léxico, frases incompletas ou longas sem atingir o objetivo desejado.

Segundo Smeltzer e Bare (1998) o AVE deixa seqüelas neurológicas, sendo a afasia mais comum entre elas. Para Silva (2000, p.215) a afasia pode ser definida "*como alteração adquirida da linguagem e de processos subjacentes à linguagem.*" As afasias apresentam-se de várias formas devido a alguns fatores, como a extensão da lesão, a localização e fatores interpessoais. As classificações utilizadas, são:

- tipo broca, caracterizada por alterações na expressão prevalecendo sobre as dificuldades na compreensão;
- tipo Wernicke, caracterizada pela dificuldade de compreensão, sendo que a articulação e fluência são normais;
- tipo global, quando a expressão e compreensão verbal estão gravemente afetadas.

A mesma autora (2000) afirma que esta classificação pouco auxilia na identificação do tipo da afasia, pois não se consegue avaliar no todo os graus de comprometimento ou níveis de preservação de habilidades. Portanto, são necessárias avaliações específicas para orientar a reabilitação de cada paciente.

Silva (2000) e Viúde (2000) inferem que a atuação da enfermeira no domicílio é a oportunidade de verificar a eficácia funcional das estratégias paliativas, considerando o domicílio como o ambiente, observando o papel social com o intuito da reabilitação, podendo ser uma forma, também, de

reorganizar o espaço social. Duarte e Barros (2000) acrescentam que na construção da relação de ajuda é possível compreender o paciente e promover com precisão as intervenções necessárias para a reabilitação.

Os cuidados de enfermagem que a enfermeira pode orientar o cuidador familiar no âmbito domiciliar, segundo Duarte e Barros (2000) são:

- mostrar a importância do paciente para a família;
- permitir ao paciente a identificação de suas emoções;
- auxiliar o paciente na identificação de suas demandas, elaborando um planejamento objetivo e eficaz para atender as suas necessidades.

No entanto, o profissional de enfermagem deve estabelecer uma relação mais estreita com o paciente e o cuidador familiar inseridos no domicílio, em um lugar calmo e tranquilo para estabelecer a comunicação. A enfermeira deve manter uma distância confortável do cliente para permitir a visualização de ambos, enquanto conversam. Os cuidadores familiares e profissionais devem procurar compreender a linguagem verbal e não-verbal; respeitar, compreender e interpretar o silêncio do paciente.

#### **4.2.7 Integridade Cutâneo-Mucosa**

A definição de Perroca e Gaidzinski (1998, p.166) da integridade cutâneo-mucosa consiste na *“manutenção da pele e mucosas sem danificações ou destruição”*. A abordagem nesta categoria consiste em descrever a lesão de pele, denominada úlcera de pressão, que freqüentemente, os pacientes com seqüelas neurológicas apresentam por comprometimento de outras necessidades humanas básicas.

Savonitti e Sgambatti (2000) referem a existência de três aspectos externos principais que podem provocar úlcera de pressão: a pressão, o cinsalhamento e a fricção. Os mesmos autores (2000) destacam outros aspectos que são internos e que propiciam condições favoráveis para o aparecimento dessas lesões, que são: a idade; a raça escura; o peso corporal; a anemia; a nutrição; a imobilidade; a infecção e febre; comprometimentos vasculares e/ou neurológicos. Salientam, também, outros aspectos que contribuem, como: a umidade; a higiene; o posicionamento do paciente em superfícies duras; a colocação da comadre; a fixação de sondas; e os agentes químicos ou físicos.

A enfermeira ao realizar exame físico do paciente com seqüelas neurológicas no âmbito domiciliar deve atentar-se para o aparecimento dessas lesões. Savonitti e Sgambatti (2000) descrevem quatro estágios no desenvolvimento da úlcera de pressão que representam a progressão da lesão devido ao processo isquêmico: a hiperemia, a isquemia, a necrose e a ulceração. Ao avaliar esta lesão, a enfermeira deve observar o estágio da lesão e relacionar com o tamanho, profundidade, exsudação, cor, odor e dor, a fim de estabelecer cuidados e metas para a recuperação desta área lesionada.

Os cuidados de enfermagem para prevenir ou evitar complicações resultantes das úlceras de pressão consiste em:

- realizar mudança de decúbito a cada duas horas;
- realizar movimentos passivos dos membros ao mobilizar o paciente;
- utilizar forro móvel para a mudança de posicionamento;
- manter a cabeceira da cama elevada, no máximo, com 30° de

inclinação;

- realizar massagem de conforto;
- iniciar precocemente programa de reabilitação com exercícios de fortalecimento muscular, em pacientes com mobilidade reduzida;
- proteger proeminências ósseas;
- orientar o cuidador familiar para a observação constante e os cuidados a serem prestados para os pacientes com diminuição da sensibilidade e atividade mental diminuída;
- após o banho, enxugar cuidadosamente o paciente, evitando a irritação e a maceração da pele;
- utilizar fraldas, caso apresente incontinência urinária e/ou intestinal, mantendo sempre higienizado, com pele limpa e seca;
- utilizar sabonete de pH neutro;
- propor o programa de suporte nutricional, encorajando a ingestão oral; e controlando o peso.

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

##### 4.3.1 Princípios Norteadores

Creuztberg (2000) em sua dissertação de Mestrado aponta alguns aspectos contributivos à metodologia do cuidado de enfermagem domiciliar, entre eles, a atitude participativa que se identifica através da aproximação entre o profissional de saúde e a família, possibilitando neste contexto um planejamento mais centrado nos cuidados ao paciente. Duarte e Diogo (2000) complementam que este princípio destina-se a otimizar a autonomia do

paciente no processo de tomada de decisões sobre o seu cuidado. Para Brasil (1999) a parceria configura numa estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional dos pacientes no contexto domiciliar.

A valorização da família é referida por Creutzberg (2000) como atitude fundamental para estabelecer vínculo e confiança, como: cumprir as combinações, sensibilizar-se com as situações encontradas no domicílio, estando abertos a flexibilização do plano. De acordo com Santos et al (1999) os familiares devem ser convidados a se reunirem com a equipe, pois a sua participação é vital para a recuperação e/ou reabilitação do paciente. Portanto, o cuidado domiciliar oportuniza a discussão de dúvidas e o desvelamento de medos e inseguranças. Jacob-Filho, Chiba e Andrade (2000) comentam que realização de reuniões com os familiares tem o propósito de permitir a exteriorização de suas aflições e angústias, aproveitando o momento para descobrir os recursos pessoais e financeiros para que possam auxiliá-los a encontrar uma solução para o desenvolvimento do cuidado a estes pacientes. Complementam ainda, esta atividade, com palestras de profissionais especialistas convidados em assuntos dirigidos ao cuidado domiciliar.

Outro aspecto encontrado é a integralidade onde Creutzberg (2000) coloca que as repetidas ações de enfermagem, como a entrevista, observação e avaliação que envolve o paciente, a família, as relações e o ambiente. Dal Bem citado pela mesma autora afirma que a enfermeira também desempenha o papel de mediadora e articuladora, propiciando a integração das ações multiprofissionais.

No que se refere a educação e saúde Cruz, Barros e Ferreira (2001) inferem que é necessário o treinamento dos cuidadores familiares quanto aos procedimentos simples para a realização destes, a fim de estabelecer conforto e segurança ao paciente, bem como para os membros de sua família. Frente a este contexto, as ações educativas tornam-se essenciais, como também, Creutzberg (2000, p.116) avalia que *“as necessidades de educação em saúde são melhor percebidas quando dispomos a observação participante”*. Permite-se dizer que o ambiente familiar é um espaço apropriado para realizar as orientações conforme a disponibilidade dos recursos materiais e financeiros do paciente e da família.

Brasil (1999) coloca que a atitude preventiva é a detecção precoce de enfermidades, manutenção e avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas a prevenção de perda de autonomia e independência. Para isso, faz-se necessário a criação de protocolos próprios para situações comuns para os pacientes com seqüelas neurológicas, assim como, a construção de manuais para orientação de medidas de conforto e segurança para esta população.

Conforme Dal Bem citado por Creutzberg (2000) refere que a equipe multiprofissional inserida no contexto familiar é a base da promoção do cuidado e deparam com o trabalho de forma harmônica, respeitando as funções de cada membro, pois cada equipe apresenta uma dinâmica própria. Duarte e Diogo (2000) lembram que a equipe não é representada apenas pela junção de vários profissionais com seus conhecimentos específicos, mas sim por um objetivo comum em que seus conhecimentos específicos são complementares.



A integração de ações de saúde requer uma equipe com horários e periodicidade definidos para a realização de reuniões. Leme (2000) salienta que ser acompanhado por uma equipe multiprofissional não precisa necessariamente todos os membros realizarem a visita domiciliar. Cabe ressaltar que cada profissional deve manter a sua rotina própria de periodicidade e de atenção dentro do âmbito de conhecimentos específicos referendando o paciente para outros profissionais a medida que se sinta a necessidade de ação dos mesmos.

#### 4.3.2 Definição de Cuidado

Coelho *apud* Santo, Costa e Cruz (2002, p.3) define o cuidado, em sua tese de doutorado, como o

*“processo de expressão, de reflexão, de elaboração, de imaginação, de meditação de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos, que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos/ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediatos, mediatos e tardio.”*

Para Machado e Colvero citado pelas mesmas autoras, o cuidar para o profissional de enfermagem, geralmente, está imbuído de termos como aceitação mútua, apoio emocional e desejo de ajudar. Leitão et al citado por Santo, Costa e Cruz (2002) enfatiza que cuidar de um indivíduo que apresenta déficit de autocuidado possibilita uma atmosfera de energia, de natureza física, afetiva e/ou psicossocial. Portanto, esta atmosfera permite uma interação baseada na confiança entre o paciente-enfermeiro, a qual torna-se importante no processo de cuidar. Duarte e Barros (2000) declaram que a confiança é um

elemento básico para estabelecimento desta relação. A confiança baseia-se na constância da atitude que se relaciona ao “saber-estar” e às experiências vivenciadas ao longo de suas trajetórias.

Teixeira referido por Santo, Costa e Cruz (2002) relata que a presença da tecnologia de ponta no desenvolvimento do cuidado apresenta-se como pano de fundo, porque as ações simplificadas e de baixa tecnologia, podem proporcionar maior conforto, segurança, satisfação, ânimo e melhora da situação de saúde.

Santos et al (1999) salientam que o cuidado realizado pelo enfermeiro no domicílio tem por objetivo a avaliação de indicadores de risco para infecção e orientações para o autocuidado e cuidado familiar frente às necessidades humanas básicas afetadas que influenciam no desenvolvimento das AVDs.

#### **4.3.3 Processo de Enfermagem no Domicílio**

Santos et al (1999, p.230) referem que “o cuidado é sistematizado levando em considerações as diretrizes do Comitê do Processo de Enfermagem Institucional.” Frente a esta definição o processo de enfermagem compreende:

- avaliação do paciente, da família e do contexto domiciliar;
- levantamento de necessidades afetadas e estabelecimento de diagnóstico de enfermagem;
- definição do plano de cuidados junto com o paciente e família;
- implementação do cuidado que pode compreender a execução de procedimentos, orientações, supervisão dos cuidados assumidos

pela família, entre outras ações;

- acompanhamento da evolução do paciente e adaptação da família à situação vivenciada, que constitui o ato de novamente avaliar e desencadear o ciclo de ações da sistematização do cuidar.

Conforme os estudos e pesquisas da Universidade Federal Fluminense na área do cuidado de enfermagem domiciliar mencionados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (2002) denota que o método de trabalho do enfermeiro em *“home care”* consiste no histórico, diagnóstico, prescrição e evolução. No entanto, estas atividades são orientadas por meio de um referencial teórico de enfermagem. Em consonância Cruz, Barros e Ferreira (2001) descrevem que o cuidado de enfermagem é dirigido por diagnósticos de enfermagem apresentados pelo paciente/família devido ao seu problema de saúde e tratamento médico. A avaliação dos cuidados prestados é realizado através da integração entre a promoção da saúde e a abordagem dos fatores ambientais, psicossociais, econômicos, culturais e pessoais de saúde que afetam o bem-estar da pessoa e da família.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo citado por Cruz, Barros e Ferreira (2001) descrevem que o cuidado domiciliar é um conceito que deve explicar o método de trabalho pautado no modelo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que compreende: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico, prescrição e evolução. Entretanto, torna-se imprescindível o registro dessa quatro atividades no prontuário do paciente tanto para fins ético-legais, quanto para fins de contabilidade ou reembolso da assistência prestada.

Para o cuidado domiciliar Rodrigues e Mendes (2000) e Cruz, Barros e Ferreira (2001) apontam que é necessário o conhecimento da situação do paciente e da família por meio de questionamentos. Essas informações são posteriormente "transcritas" através do processo de enfermagem, que ao fim deste processo cria-se um plano de cuidados. As autoras destacam as necessidades a serem analisadas no contexto familiar:

- as necessidades fisiológicas e de sobrevivência, que compreende: alimentação e hidratação, eliminação, higiene e banho, vestuário, sono e repouso, medicamentos e proteção;
- as necessidades de segurança que incluem mobilidade e prevenção, fogo e prevenção de queimaduras, crimes/abusos e prevenção; amor, comunicação, família, amigos e animais, e auto estima.

Segundo o programa de cuidado domiciliar desenvolvido no Canadá, Ribeiro (1998) coloca que a atuação da enfermeira é essencial, cabe a este profissional:

- avaliar a condição do paciente, a situação familiar e as condições de moradia;
- identificar os problemas e necessidades do paciente e de sua família, as modificações necessárias no domicílio, necessidades de equipamentos, as habilidades e recursos do paciente e da família;
- determinar os serviços precisos para cuidar do paciente e sua família;
- iniciar, organizar e coordenar os serviços e equipamentos requeridos;
- dar cuidados de enfermagem diretamente ao paciente;

- ensinar o paciente e a família;
- aconselhar, apoiar e habilitar o paciente e sua família;
- supervisionar os cuidadores familiares;
- advogar pelo paciente e sua família;
- reavaliar e modificar, quando necessário, os serviços ao paciente e sua família;
- contribuir para ou dar direção aos planos para o futuro desenvolvimento dos programas de "Home Care".

Para Cruz, Barros e Ferreira (2001) as atribuições da enfermeira no domicílio em relação ao desenvolvimento do processo de enfermagem compreende em:

- coletar e revisar o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico) a cada visita domiciliar agendada ou em algum episódio de urgência domiciliar;
- estabelecer e revisar os diagnósticos de enfermagem, a cada visita domiciliar, destacando as necessidades educacionais, financeiras e psicossociais;
- assegurar o máximo de cobertura clínica para o paciente, coordenando encaminhamentos e serviços especiais necessários mediante a apresentação de pareceres especializados;
- prescrever e revisar planos de cuidados conforme as respostas do paciente e da família ao problema de saúde ou doença, destacando as atividades de preparação para alta, a cada visita domiciliar, conforme indicado no histórico ou na resposta ao tratamento;

- avaliar os resultados do cuidado implementando em conjunto com o cuidador, visando o progresso do paciente em relação à alta domiciliar;
- manter atualizado os registros de prontuário (preferencialmente eletrônico) e documentação para fins de reembolso.

No que se refere a equipe responsável pelo cuidado domiciliar, a enfermeira é a figura central da equipe, a qual desenvolverá o elo com a família/cuidadores. Duarte e Diogo (2000) acreditam que o início do planejamento deve ocorrer na intervenção hospitalar através da revisão dos dados referentes ao paciente, possibilitando avaliar as necessidades e começar a desenvolver um plano de cuidados. Os dados a serem coletados para a construção deste plano de cuidado são:

- a identificação de diagnósticos de enfermagem primários e secundários;
- a história clínica do paciente;
- os exames laboratoriais;
- a terapêutica medicamentosa;
- as orientações recebidas pelo paciente e a família;
- a tecnologia assistiva necessária;
- as modalidades de tratamentos e respostas.

Papaléo-Netto e Tieppo (2000) apresentam cinco níveis de atividades no cuidado domiciliar que incluem o tratamento preventivo, o diagnóstico clínico, o tratamento terapêutico, a reabilitação e o tratamento de manutenção.

No entendimento de Creutzberg (2000) o processo de enfermagem são ações de enfermagem que incluem a avaliação do paciente, da família, suas relações e o ambiente. Santos et al (1998) enfatiza que após a admissão do paciente ao programa é realizado um plano de cuidados, o qual sistematicamente sofre modificações e adaptações conforme a avaliação da evolução do paciente e da supervisão dos cuidados assumidos pela família. Creutzberg (2000, p.182) em sua dissertação de Mestrado afirma que “*o registro do processo de cuidado é imprescindível como meio de comunicação da equipe*”. No entanto, o registro é essencial para a prática de enfermagem sendo descrita no prontuário do paciente, incluindo: anamnese familiar, exame físico, evolução, atualização da lista de problemas e prescrição de enfermagem, que são fases constituintes do processo de enfermagem.

O Serviço de Assistência Domiciliária (SADI) do Hospital do Servidor Público de São Paulo, Yuaso e Sguizzatto (2000) descrevem que a equipe trabalha com prontuário único, onde são anotados os procedimentos, intercorrências, orientações no domicílio ou por telefone, empréstimos de material permanente, fornecimento de material de consumo e outras anotações que forem necessárias. As famílias também recebem após a orientação domiciliar uma folha de rosto onde constam todas as informações necessárias para facilitar o atendimento do paciente em algum episódio de urgência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho de conclusão, a autora sente que foi muito gratificante e de extrema relevância trabalhar com este tema. Os conhecimentos gerados deste estudo, certamente, contribuirão positivamente para o Programa de Cuidado de Enfermagem Domiciliar do HCPA, o qual pretende ao longo deste ano, implantar o sub-programa de cuidado domiciliar visando acompanhar o paciente com seqüelas neurológicas devido ao comprometimento de suas necessidades humanas básicas e a dependência em relação a sua família.

O caminho metodológico foi construído através de um estudo descritivo, contemplando uma abordagem qualitativa, em que se utilizou referência bibliográfica. Os dados coletados somaram 32 documentos. A partir desta seleção os conteúdos dos textos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2000), a qual possui três etapas cronológicas que são a pré-análise, a exploração de material e o tratamento dos resultados.

No decurso da análise de dados, foi possível responder as quatro questões norteadoras do estudo. Dessas, surgiram unidades de significados que foram depositados em vários temas, após a agregação destes, formou-se três categorias: Planejamento, Implementação e Avaliação de Programas de Cuidado Domiciliar; Necessidades Humanas Básicas Afetadas e Cuidados de Enfermagem; e Sistematização do Cuidado.

Na categoria Planejamento, Implementação e Avaliação de Programas de Cuidado Domiciliar são descritos temas como: definição e modalidade;



justificativas; objetivos; estrutura do programa no contexto da instituição hospitalar; recursos materiais e humanos; e indicadores de avaliação. No que se refere ao cuidado domiciliar ao paciente com seqüelas neurológicas pós-alta hospitalar, conclui-se que este consiste em uma modalidade de assistência domiciliar, de média complexidade, em nível de atenção quaternária. Assim sendo, quando se planeja um programa de cuidado domiciliar os objetivos são estabelecidos com a finalidade de concretizar as mudanças e transformações desejadas. A análise da bibliografia selecionada aponta para objetivos relacionados ao paciente, à família e cuidadores do paciente, às instituições de saúde e à formação de profissionais da área da saúde. Todas as etapas da sistematização devem incluir por parte do cuidador profissional uma atitude de valorização e parceria com o paciente e seu contexto familiar.

Em relação à categoria Necessidades Humanas Básicas Afetadas e Cuidados de Enfermagem, os temas que a constituem: capacidade funcional e atividades da vida diária; nutrição e hidratação; motilidade; cuidado corporal; eliminações; comunicação; e integridade cutâneo-mucosa. Frente às diversas definições utilizou-se a classificação de Perroca e Gaidzinski (1998) para descrever as necessidades humanas básicas afetadas dos pacientes com seqüelas neurológicas e os cuidados de enfermagem relacionados a estas, que foram encontrados na literatura.

E na última categoria que foi definida como Sistematização do Cuidado, descreveu-se os princípios norteadores, definição de cuidado e o processo de enfermagem. Os princípios norteadores do cuidado de enfermagem domiciliar correspondem à atitude participativa, atitude preventiva, integralidade;

educação e saúde, e equipe multiprofissional. No processo de enfermagem abordou-se as etapas que constituem a prática de enfermagem, bem como a importância de realizar os registros no domicílio do paciente.

Cabe ressaltar que esta revisão bibliográfica não exauriu, de forma alguma, a temática, mas contribui no entendimento de que é necessário a atuação da enfermagem nesta estratégia assistencial de saúde no contexto domiciliar.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999**. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudedoidoso.htm>>. Acesso em 23 mar. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução-COFEN N° 267/2001 "Enfermagem em domicílio: home care"**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/resolucao.htm>>. Acesso em 10 abr. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Palestra gera interesse e me cursos de Home Care**. Disponível em: <<http://www.coren-rj.org.br/informes3.htm>>. Acesso em 23 mar. 2002.

CREUTZBERG, M. **Vivências de Famílias de Classe Popular Cuidadoras de Pessoa Idosa Fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

CRUZ, I. C. F.; BARROS, S. R. T. P.; FERREIRA, H. C. Enfermagem em Home Care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Revista de Enfermagem Atual**, v.1, n.4, p. 35-38. 2001.

DIOGO, M. J. E.; PASCHOAL, S. M. P.; CINTRA, F. Avaliação global do idoso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.145-171.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico. In: \_\_\_\_\_. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.3-17.

DUARTE, Y. A. O.; et al. Programa de Visita domiciliar do Idoso – PROVIDI. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ELKAN, R. ; et al. **Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis**. BMJ, v.323, set. 2001. Disponível em: <<http://www.Evidencebasednursing.com/k2searchall>>. Acesso em 21 nov. 2001.

FALCÃO, H. A. "Home Care" – uma alternativa ao atendimento da saúde. **Revista Virtual da Medicina**, v.2, n.7, ano II, Jul./ago./set. 1999. Disponível em: <[http://www.meonline.com.br/med\\_ed/med7/homecar.htm](http://www.meonline.com.br/med_ed/med7/homecar.htm)>. Acesso em 16 mar. 2002.

FARIAS, M. R. Avanço na atenção: avaliação e perspectiva para o terceiro milênio. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 50, 1998. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador: ABEn/BA, 1998. p.139-141.

JACOB-FILHO, W.; CHIBA, T.; ANDRADE, M. V. Assistência domiciliar multiprofissional em uma instituição de ensino. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.539-544.

KARSCH, U. M. S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

KASSAB, G. E. F. Assistência domiciliar (AD) no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo Hospital Dr Francisco Moratto de Oliveira. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.545-547.

LACERDA, M. R. Curso de Atendimento Domiciliar em Enfermagem. **8º ENFSUL**. Porto Alegre: ABEn/RS, 1996.

LEME, L. E. G. A interprofissionalidade e o contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.117-143.

NAKAMURA, A. N.; BELLO, K. M. A. S. Avaliando e cuidando de aspectos relacionados com a alimentação. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.237-247.

PAPALÉO-NETTO, M.; TIEPPO, A. Serviço de assistência domiciliar da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.549-563.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.49-70.

PEREIRA, M. S.; MEDEIROS, M.; MUNARDI, D.B. Contribuição da Pesquisa de Enfermagem nos Processos Políticos no Setor Saúde. **VI Colóquio Panamericano de Investigação em Enfermagem**. Ribeirão Preto, 1998.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistemas de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instruemnto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.2, ago. 1998. p.153-168.

PORTELLA, V.; SANGALLI, E. A. W.; SCHNEIDER, S. M. B. **Perfil da família de pacientes com sequelas neurológicas**. Porto Alegre, [s.d.] 1 p. mimeo

REIS, E. K.; VIEGAS, G. V.; CRUZ, I. **Como eu cuido de mobilidade física prejudicada na UTI:** estudo de caso. Disponível em: <<http://www.uff.br/eenf/cppg/especializacao.htm>>. Acesso em 23 mar. 2002.

RIBEIRO, V. E. S. O domicílio como espaço de cuidado de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 50, 1998. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador: ABEn/BA, 1998. p.133-138.

RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R. Prevenindo acidentes domiciliares. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.439-455.

SANTO, L. H. P.; COSTA, L. F. M.; CRUZ, I. **Como eu cuido de deficit de auto-cuidado: higiene corporal e íntima na UTI:** estudo de caso. Disponível em: <<http://www.uff.br/eenf/cppg/especializacao.htm>>. Acesso em 23 mar. 2002.

SANTOS, B. R. L. ; et al. O processo de construção de um Programa de Cuidado Domiciliar. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 51, 1999. Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis: ABEn/SC, 1999. p.225-234.

\_\_\_\_\_. O Domicílio como espaço do cuidado. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 50, 1998. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador: ABEn/BA, 1998. p.121-132.

SAVONITTI, B. H. R. A.; SGAMBATTI, M. S. Cuidado da pele e dos pés e prevenindo úlceras de pressão no idoso em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.257-264.

SGAMBATTI, M. S. Cuidado da higiene e do vestuário do idoso em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.249-255.

SILVA, M. J. P. A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p.203-212.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Cuidados aos pacientes com disfunção neurológica. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1456-1494.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Serviços de assistência à saúde e prática de enfermagem In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.3-14.

TIRADO, M. G. A. **O idoso e as atividades de vida diária.** Disponível em: <<http://www.idosoamado.com/artigo4.htm>>. Acesso em 21 mar. 2002.

VIEGAS, K. **O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar: o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre, 2001. 175 p.

VIÚDE, A. Aspectos éticos no contexto domiciliar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.479-486.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Serviço de assistência domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso no Município de Garulhos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.565-573.

# ANEXOS



ANEXO A - Quadro dos documentos selecionados para análise de dados

TÍTULO	AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE PUBLICAÇÃO
Como eu cuido de déficit de autocuidado: higiene corporal e íntima na UTI: estudo de caso	Santo, L. H. P.; Costa, L. F. M.; Cruz, I.	2002	Internet
Como eu cuido de mobilidade física prejudicada na UTI: estudo de caso	Reis, E. K.; Viegas, G. V.; Cruz, I.	2002	Internet
O idoso e as atividades de vida diária	Tirado, M. G. A.	2002	Internet
Palestra gera interesse e me cursos de Home Care	Conselho Regional de Enfermagem /RJ	2002	Internet
Enfermagem em Home Care e sua inserção no níveis de atenção à saúde; a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense	Cruz, I. C. F.; Barros, S. R. T. P.; Ferreira, H. C.	2001	Artigo em Periódico
Resolução-COFEN N° 267/2001 "Enfermagem em domicílio – Home Care"	Conselho Federal de Enfermagem	2001	Legislação
A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar	Silva, M. J. P.	2000	Capítulo de Livro
A interprofissionalidade e o contexto domiciliar	Leme, L. E. G.	2000	Capítulo de Livro
Aspectos éticos no contexto domiciliar	Viude, A.	2000	Capítulo de Livro
Assistência domiciliar multiprofissional em uma instituição de ensino	Jacob-Filho, W.; Chiba, T.; Andrade, M. V.	2000	Capítulo de Livro
Assistência domiciliar (AD) no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo Hospital Dr Francisco Moratto de Oliveira	Kassab, G. E. F.	2000	Capítulo de Livro
Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico	Duarte, Y. A. O.; Diogo, M. J. E.	2000	Capítulo de Livro
Avaliação global do idoso	Diogo, M. J. E.; Paschoal, S.M.P.;	2000	Capítulo de



	Cintra, F. A.		Livro
Avaliando e cuidando de aspectos relacionados com a alimentação	Nakamura, A. N.; Bello, K. M. A. S.	2000	Capítulo de Livro
Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos	Pavarini, S. C. I.; Neri, A. L.	2000	Capítulo de Livro
Cuidado da higiene e do vestuário do idoso em domicílio	Sgambatti, M. S.	2000	Capítulo de Livro
Cuidado da pele e dos pés e prevenindo úlceras de pressão no idoso em domicílio	Savonitti, B.H.R.A; Sgambatti, M. S.	2000	Capítulo de Livro
Prevenindo acidentes domiciliares	Rodrigues, R. A. P.; Mendes, M. M. R.	2000	Capítulo de Livro
Programa de Visita domiciliar do Idoso – PROVIDI	Duarte, Y. A. O.; et al	2000	Capítulo de Livro
Refletindo sobre a construção de uma relação de ajuda	Duarte, Y. A. O.; Barros, T. R.	2000	Capítulo de Livro
Serviço de assistência domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso no município de Garulhos	Yuaso, D. R.; Sguizzatto, G. T.	2000	Capítulo de Livro
Serviço de assistência domiciliária da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo	Papaléo-Netto, M.; Tieppo, A.	2000	Capítulo de Livro
Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar	Creutzberg, M.	2000	Dissertação de Mestrado
“Home Care” – uma alternativa ao atendimento da saúde	Falcão, H. A.	1999	Artigo em Periódico
O processo de construção de um programa de cuidado de enfermagem domiciliar	Santos, B. R. L.; et al	1999	Anais
Política nacional de saúde do idoso	Ministério da Saúde	1999	Portaria

	Brasil		
Avanço na atenção: avaliação e perspectiva para o terceiro milênio	Farias, M. R.	1998	Anais
Cuidados aos pacientes com disfunção neurológica	Smeltzer, S. C.; Bare, B. G.	1998	Capítulo de Livro
O domicílio como espaço de cuidado de enfermagem	Santos, B. R. L.; et al	1998	Anais
O domicílio como espaço de cuidado de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense	Ribeiro, V. E. S.	1998	Anais
Serviços de assistência à saúde e prática de enfermagem	Smeltzer, S. C.; Bare, B. G.	1998	Capítulo de Livro
Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento.	Perroca, M. G.; Gaidzinski, R. R.;	1998	Artigo em Periódico