



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 1, volume 2, artigo nº 18, Janeiro/Junho 2016
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v2n1a18>

EDUCAÇÃO CONTINUADA AO CUIDADOR FAMILIAR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Shirley Rangel Gomes¹
Mestre em Enfermagem–UFF

Paulo Cavalcante Apratto Junior²
Médico. Pós-doc UERJ
. Faculdade Redentor de Itaperuna

Resumo: As unidades de terapia intensiva são destinados a assistência a pacientes críticos que necessitam de cuidados específicos e complexos, dentre eles a oferta de suporte nutricional com o menor risco possível. **OBJETIVO:** descrever a sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro submetido a nutrição enteral. **METODOLOGIA:** O estudo foi desenvolvido por meio da pesquisa e compilação de dados em livros, publicações periódicas e artigos científicos, reunido 21 artigos extraídos de

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem–UFF. MBA em Gestão Estratégica de Hospitais – FGV. Pós graduada em Enfermagem do Trabalho, Faculdade Redentor. Coordenadora do Curso Bacharel em Enfermagem Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes. Coordenadora do Curso de Especialização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal e Enfermagem em Dermatologia, Faculdade Redentor de Campos dos Goytacazes. Especializa em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família, Faculdade Redentor Itaperuna. Campos/RJ Rua Dr. Beda, número 112. Bairro Turf Clube. CEP 28.025-110 55 (22)2724-6813 prof.shirleyrangel@gmail.com

² Graduado em Medicina pela Escola de Ciências Médicas de Alagoas-ECMAL (1988). Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (2007), área de concentração violência contra os idosos - Saúde coletiva. Doutorado realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ (2014). Atualmente pos doc- pos doutorado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ violência contra o idoso .Tambem atua como professor de Geriatria/ Saúde da Família/ Clínica Médica da Universidade Estácio de Sá , Faculdade Redentor e na Fundação Municipal de Saúde de Niterói/Universidade Federal Fluminense-UFF. Atua como consultor da Revista Ciência e saúde coletiva (consultor ad hoc) É coordenador da disciplina saúde e sociedade I,II e III da Universidade Redentor. Campos/RJ Rua Dr. Beda, número 112. Bairro Turf Clube. CEP 28.025-110 55 (22)2724-6813 aprattoporto@terra.com.br

bases de como Lilacs, Bireme, Medline e Scielo. **RESULTADOS:** Percebe-se que é fundamental identificar as necessidades nutricionais do prematuro, infundir a nutrição enteral de acordo com a sua tolerância e prestar assistência de enfermagem segura. **CONSIDERAÇÕES:** a prática de alimentação enteral realizada pelo enfermeiro é de fundamental importância para a manutenção da homeostase do neonato.

Palavras chaves: Assistência de Enfermagem. Nutrição enteral. Recém nascidos prematuros.

Abstract: The intensive care units are designed to assist critically ill patients who require specific and complex care, including the provision of nutritional support with the lowest possible risk. **OBJECTIVE:** To describe the systematization of nursing care to premature newborns undergoing enteral nutrition. **METHODS:** The study was developed through research and compiling data on books and periodicals articles, scientific, gathered 21 articles extracted from databases as Lilacs, Bireme, Medline and Scielo. **RESULTADOS:** You realize that it is essential to identify the needs nutritional premature infuse enteral nutrition according to your tolerance and provide safe nursing care. **CONSIDERATIONS:** enteral feeding practices performed by nurses is critical for the maintenance of homeostasis of the neonate.

Keywords: Nursing care. Enteral Nutrition, Preterm infants

1 INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é uma tendência tanto no mundo como no Brasil devido ao incremento da população idosa e das causas de adoecimento e morte mais prevalentes nesse grupo etário.

Outros fatores importantes são as transformações no padrão de morbidade e mortalidade, resultantes, principalmente da redução da mortalidade precoce, especialmente aquela relacionada a doenças infecciosas e parasitárias; ao aumento da expectativa de vida ao nascer; ao processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais que respondem, em grande parte, pelo aumento dos acidentes e das violências, e por determinadas mudanças no perfil epidemiológico de algumas doenças transmissíveis (GOMES & SENNA, 2008).

Considerando esta realidade, a assistência aos indivíduos nos domicílios é cotidianamente uma modalidade de intervenção, visto que a atenção domiciliar (AD) abrange desde a promoção até a recuperação de pessoas com um agravo. (LACERDA, 2010). Este cuidado geralmente é realizado pelo cuidador familiar definido como uma pessoa da família ou afim, sem formação na área da saúde, que está cuidando do ente familiar, ou ainda, como uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por

meio do cuidado às pessoas doentes, e fez desse cuidado uma ocupação informal. (FLORIANO, AZEVEDO, REINERS, SUDRÉ, 2012)

A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família eSF- e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF), pelas equipes dos Consultórios na Rua e as de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). (BRASIL, 2011)

O processo do cuidar em AD está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa Melhor em Casa - PMC. (OLIVEIRA NETO & DIAS, 2014)

A Portaria Nº 1.208, De 18 De Junho De 2013 Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. (BRASIL, 2013)

Considerando o exposto, objetiva-se descrever a assistência de enfermagem às pessoas com incapacidades ou com dificuldade de locomoção que estão sob os cuidados de familiares, em assistência domiciliar.

Este estudo constitui-se num recorte, reunindo 21 referências, a partir de pesquisa bibliográfica de 84 de artigos localizados nas bases de dados: Medline, Lilacs, Scielo, Capes, realizada no período de fevereiro e março de 2016. A seleção de fontes para o levantamento das publicações foi realizada por meio de busca em artigos localizados na base de dados, busca manual em livros e jornais científicos. Foram inclusos artigos que relacionavam a Atenção Domiciliar (AD), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Assistência de Enfermagem e Assistência do Cuidador.

Os artigos que não atendiam a temática em assistência domiciliar foram excluídos. Em seguida, houve a análise dos diferentes contextos da temática à luz do referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992) de modo que os estudos encontrados fossem integrados em subtemas, conforme a perspectiva conceitual de cada contexto.

2 RESULTADOS

Atenção domiciliar (AD)

A assistência domiciliar à saúde centrada ao indivíduo, família e comunidade tem sido desenvolvida pela saúde pública, considerando a assistência pela equipe interdisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa a reorganização da atenção primária à saúde (APS) e atenção básica à saúde (ABS), tendo como base os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a expansão, da qualificação e da consolidação da atenção básica pois proporciona a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012)

De acordo com Thume (2010) a assistência domiciliar está associada a história prévia de acidente vascular cerebral, à idosos com sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária.

A fim de delegar o cuidado para a família e ao cuidador, é necessário que num primeiro momento a família seja instrumentalizada a cuidar e que haja cuidados especiais por parte dos profissionais de saúde e depois o ensino do cuidado ao indivíduo, pode ainda estabelecer a tutela – proteção, amparo e defesa – ou dependência, sujeição vexatória, obediência, subordinação ou submissão. (LACERDA, 2010 p.2625)

Considerando que a assistência em domicílio demanda a participação efetiva da família, esta institui um cuidador para seu ente querido que necessita de assistência. De acordo com Garcia et al (2011),

“As intervenções realizadas em conjunto com o doente e seu cuidador são mais bem-sucedidas do que as estratégias que se concentram unicamente nas pessoas com doença crônica visto que é o cuidador familiar que irá vivenciar o cotidiano da doença e suas implicações, assim como buscar maneiras de lidar com sua realidade.”(GARCIA et al, 2011 p.690)

Estratégia de Saúde da Família

A equipe da ESF trabalha com abordagem preventiva e tratamento, com ações interdisciplinares que visam consolidar as intervenções educativas e assistenciais, além de investigar as pessoas em situação de vulnerabilidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia

de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), e nos seus primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas à sua proposta. (JESUS, 2011)

Gradativamente, foram acrescentadas novas proposições, normatizações, modalidades de incentivo (financiamento) e consolidação de práticas inovadoras em vários municípios brasileiros, sendo considerada então como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica. (PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

A ESF apresenta como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional. A acessibilidade da população está relacionada à concepção de saúde como direito, intrínseca à condição de cidadania e constitui ação prioritária para a efetivação do SUS como pacto social. (SILVA JUNIOR, 2010)

A Portaria nº 2.488 lista as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) e especifica as atribuições de cada profissional e são específicas para o Enfermeiro da eSF, estando entre elas, a realização da atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; a realização da consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe. (BRASIL, 2011)

A fim de definir as condições dos indivíduos relacionadas às atividades da vida diária (AVD), a enfermeira do ESF promove a Visita domiciliar (VD), que pode ser solicitada por um dos membros da equipe ou ainda por um familiar ou pessoa da comunidade. A importância da VD é descrita por Brito (2013)

A VD na ESF constitui uma das modalidades da AD, sendo ferramenta estratégica na APS ao possibilitar aos enfermeiros e demais profissionais da equipe conhecer o contexto de vida dos sujeitos para que seu projeto terapêutico seja exequível e coerente com a sua respectiva realidade. A VD é percebida como um importante espaço de reconhecimento e, portanto, de reforço da identidade sendo também reconhecida como um espaço de exercício de autonomia e de concretização de atividades junto à comunidade. (BRITO, 2013 p.609)

A Assistência de Enfermagem na ESF

A Consulta de Enfermagem

Silva, Rodrigues, Vale (2005) enfatizam que a enfermagem tem por objeto de intervenção o ser humano, nas suas dimensões física, social, psicológica, cultural e relacional, quando se debruça sobre grupos, famílias e comunidades complexas na perspectiva do cuidar, foco da prática profissional.

As pessoas com deficiências ou limitações para desempenhar as AVD ou AVDI podem não alcançar suas potencialidades em virtude de carência de orientações e cuidados da enfermagem, cuidados estes descritos por Figueiredo, Machado, Tonini (2004) como “cuidados indispensáveis ao resgate das capacidades das pessoas, às suas funções orgânicas e motoras, como também cuidados que possibilitem o resgate social e a integração do sujeito à sociedade, na reconquista da sua cidadania.”

Cianciarullo (2003) preconiza que a adequação e eficiência das intervenções dos enfermeiros dependem da apropriada utilização do processo de enfermagem, o qual se constitui de cinco componentes dinâmicos: levantamento de dados, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução. O processo de enfermagem é sistemático, dinâmico, humanizado e dirigido a resultados (orientado a resultados).

Direcionando a assistência para nível domiciliar, a Consulta de Enfermagem (CE) é uma atividade que atende ao cliente, por meio da qual a enfermeira assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e estabelece a sua intervenção.

Ações de Enfermagem nas Atividades da Vida Diária

A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é descrita por Mesquita, Anselmi, Hayashida (2005) como uma dificuldade no desempenho pessoal.

Os diversos conceitos utilizados na avaliação das AVD, a autonomia pode ser definida como a liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação, independência moral, liberdade para experienciar o *self* e a harmonia com os próprios sentimentos e necessidades (GOMES & SENNA, 2008).

A independência, definida por Cianciarullo (2003) é a capacidade de realizar

atividades da vida diária sem ajuda ou ainda como estado ou condição de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta; apesar da relação do poder fazer e poder escolher, mesmo funcionalmente e/ou fisicamente impedidas, muitas pessoas são capazes de exercer suas capacidades de escolha e de controle sobre parte de seu ambiente.

Entre as clássicas AVD incluem-se: a capacidade para alimentar-se, transferir-se, vestir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro. Outras atividades como preparar as refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, usar o telefone, usar o transporte, controlar o dinheiro e os medicamentos, são as "atividades instrumentais da vida diária" AIVD (MESQUITA, 2005).

As intervenções são propostas para o domicílio, a serem realizadas pelo cuidador, com as orientações do enfermeiro. Ressalta-se aqui, que o cuidador deve ser treinado preferencialmente durante a internação hospitalar do familiar ou, na impossibilidade o enfermeiro da eSF deve promover o treinamento. Importante que o cuidador seja parente ou pessoa significativa da pessoa. Pois a organização do trabalho visando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde forma uma rede de cuidado, que constitui um avanço para a assistência de enfermagem. (RODRIGUES et al, 2013)

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE), conforme a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) norteia as ações de Enfermagem, conforme descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Diagnósticos e intervenções de enfermagem na educação permanente de cuidador familiar de pessoas com incapacidades ou risco de incapacidades em assistência domiciliar.

DOMÍNIO	D. E.
1	Promoção da Saúde (Controle eficaz do regime terapêutico); Controle familiar ineficaz ao regime terapêutico; Manutenção do lar prejudicada; Manutenção ineficaz da saúde; Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico; Controle ineficaz do regime terapêutico; Disposição para nutrição melhorada
Orientações de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Manter as atividades domiciliares com a participação do paciente nas tomadas de decisão dos processos familiares; • Possibilitar ao indivíduo realizar tarefas possíveis a fim de sentir-se útil; • Considerar a pessoa como ser social, respeitando os gostos por músicas, programas de rádio e televisão; respeitar a religiosidade; • Contribuir para o resgate da independência do paciente, conforme as suas potencialidades. • Promover explicação e orientação do processo de doença; • Orientar sobre os sinais e sintomas de complicações; • Ensinar o regime de tratamento (medicação, dieta, procedimentos, exercícios, uso de equipamentos), buscando a linguagem mais acessível ao paciente e ou cuidador; • Orientar sobre mudanças necessárias no estilo de vida, inclusive alterações necessárias no ambiente doméstico. 	
DOMÍNIO	D. E.
2	Nutrição (Deglutição Prejudicada; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Risco de Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Risco de volume de líquidos deficiente; Volume de líquidos deficiente; Risco de desequilíbrio do volume de líquidos; Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado).
Orientações de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar e ensinar a elevar a cabeceira do cliente para ele se alimentar ou beber. Nos outros períodos, posicioná-lo em decúbito lateral; • Possibilitar a ida do paciente à mesa de refeições sempre que possível; • Antes de iniciar a alimentação, verificar se a pessoa está adequadamente alerta e reigente, é capaz de controlar a boca, tem o reflexo da tosse/regurgitação e pode engolir a própria saliva; 	

-
- Limitar as distrações (p.ex. Desligar o televisor quando o paciente se alimenta);
 - Organizar o prato com alimentos bem distribuídos para incentivar a salivação;
 - Alimentação: deve ser frequente e em pequenas quantidades; proporcionar alimentos viscosos ou em forma de purê; adicionar agente espessante alimentar a substâncias aquosas; oferecer pequena quantidade de alimento no garfo ou na colher, ou lembrá-lo de fazer isso;
 - Colocar líquidos espessados ou alimentos esmagados na parte posterior da língua e no lado do rosto que ela pode controlar;
 - Baixar o queixo do paciente em direção ao tórax durante a deglutição;
 - Estimular o paciente a deglutir várias vezes;
 - Examinar a boca, verificando a presença de acúmulo de alimento antes de oferecer mais;
 - Ensinar o paciente a utilizar a língua para mudar o alimento de posição ou aplicar uma pressão delicada sobre a bochecha para reposicioná-lo;
 - Oferecer líquidos várias vezes ao dia; utilizando xícaras e copos pouco cheios pois são manuseados com mais facilidade;
 - Em caso do indivíduo que usa prótese verificar se está bem adaptada, para facilitar a deglutição;
 - Observar a quantidade de alimento ingerido, pois a ingestão menor que as necessidades corporais interfere na reabilitação do cliente, gerando desnutrição e/ou desidratação;
 - Não insistir na alimentação, se existir dificuldade ou tosse;
 - A medicação por via oral deve ser preferencialmente líquida. Em casos de comprimido, o mesmo deverá ser dissolvido em água antes de fornecer ao paciente;
 - Em algumas situações, quando a medicação em drágea ou cápsula é prescrita, devemos avaliar o custo benefício de fornecer inteira ou dissolvida em água;
 - Incentivar a higiene oral após as refeições;
 - Reforçar as orientações do fonoaudiólogo: tais como exercícios para fortalecer os lábios e músculos faciais (alternar uma expressão carrancuda com um amplo sorriso com lábios fechados; encher as bochechas com ar e manter; expulsar o ar com os lábios cerrados; praticar a pronúncia de u, m, b, p; chupar fortemente um picolé);
 - Para os pacientes com possibilidade de se alimentarem com ajuda ou supervisão, reforçar a orientação da terapeuta ocupacional na adaptação de colheres nas mãos;
 - Realizar orientações pertinentes à higienização dos acessórios utilizados na cocção dos alimentos, oferta e higiene pessoal do paciente;

Orientações para administração de dieta, infusões de líquidos e medicamentos por sonda naso enteral

- Posicionar a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e deixá-la nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões;
 - Pendurar o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta;
 - Injetar a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para que o organismo aproveite melhor o alimento e absorva seus nutrientes;
-

- Administrar quantidade de alimentação no máximo 350ml, várias vezes ao dia; ou de acordo com a orientação da equipe de saúde;
- Lavar a sonda, ao término da alimentação enteral injetando na sonda 20ml de água fria, filtrada ou fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda;
- Infundir água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde;
- Manter a sonda fechada sempre que não estiver em uso;
- Guardar a dieta enteral de preparo caseiro na geladeira e retirar 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada;
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a dieta em banho-maria ou em microondas.

Orientações referentes ao preparo da dieta:

- Lavar o local de preparo da alimentação com água e sabão;
- Lavar todos os utensílios com água corrente e sabão;
- Lavar bem as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta;
- Pesar e medir todos os ingredientes da dieta, seguindo as instruções da equipe de saúde;
- Utilizar sempre água filtrada ou fervida.

Orientações referentes à administração de medicação pela sonda enteral:

- Diluir o medicamento em uma porção de água, de maneira que possa ser passada pela sonda por meio da seringa; caso a medicação seja líquida, colocar o volume prescrito na seringa, e infundir;
- Infundir água filtrada ou fervida após a administração dos medicamentos, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde.

DOMÍNIO	D. E.
3	<p>Eliminação e Troca Incontinência urinária de urgência; Incontinência urinária total; Incontinência urinária funcional; Eliminação urinária prejudicada; Disposição para eliminação urinária melhorada; Risco de constipação; Incontinência intestinal; Constipação; Troca de gases prejudicada.</p> <p>Atividade / Repouso (Atividade/exercício: Risco de síndrome de desuso; Mobilidade física prejudicada; Deambulação prejudicada;</p>
4	<p>Autocuidado: Déficit no autocuidado para higiene íntima, Déficit no autocuidado para higiene/banho; Déficit no autocuidado para vestir-</p>

se/arrumar-se, Déficit no autocuidado para alimentação.

Orientações de enfermagem

- Ensinar o cuidador e o próprio paciente a realizar a respiração profunda e os exercícios controlados de tosse cinco vezes por hora;
- Estimular a deambulação em pequenas caminhadas, com apoio quando necessário a fim de manter o padrão normal de eliminação intestinal;
- Orientar sobre a elevação das extremidades acima do nível do coração; evitar ficar de pé ou sentado, com as pernas pendentes, por longos períodos de tempo; quando recomendado, ensinar sobre o uso de meias elásticas abaixo do joelho para prevenção de estase venosa, reduzir ou remover a compressão venosa externa, que impede o fluxo venoso;
- Incentivar e orientar sobre a mobilidade dos membros para prevenir as contraturas através dos exercícios prescritos pelo fisioterapeuta;
- Treinar o posicionamento da pessoa em alinhamento para prevenir complicações tais como: posicionamentos viciosos de rotação de membros, contraturas de punhos;
- Ensinar sobre a higiene dos dispositivos de alinhamento cedidos pelo serviço bem como a importância do uso;
- Demonstrar o transporte do cliente da cama para cadeira e vice-versa; mobilização do mesmo na cama, definindo os intervalos.

Orientações para Déficit no autocuidado para higiene íntima, Déficit no autocuidado para higiene/banho

- Orientar o cuidador sobre o preparo do ambiente: sem obstáculos, com segurança no banheiro (tapetes anti-derrapantes, apoio para a mão); providenciar o equipamento adaptativo, conforme necessário: cadeira ou banco no chuveiro; esponja com cabo longo para alcançar as costas ou as extremidades inferiores; segurar a barra de apoio na parede do banheiro para auxiliar a mobilidade; chuveiro para higiene íntima;
- Explicar sobre a importância de manter a privacidade durante o banho/higiene;
- Quando o cliente for realizar o autocuidado, orientar o cuidador a facilitar o alcance ao equipamento para o banho/higiene.

Orientações para Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se

- Explicar sobre a importância da privacidade durante a rotina de vestir-se ou despir-se;
 - Com a finalidade de proporcionar melhora da auto-estima, orientar sobre o uso de roupas comuns em lugar de roupas de dormir;
 - Escolher roupas folgadas, com mangas e pernas largas, com fechamento na parte dianteira para facilitar o manuseio tanto pelo cliente quanto pelo cuidador;
 - As roupas devem ser colocadas de forma e na ordem em que serão vestidas para auxiliar no momento de vestir-se;
-

- Explicar a necessidade de aguardar o tempo suficiente para o cliente vestir-se e despir-se, pois a tarefa pode ser exaustiva, dolorosa ou difícil; o auxílio deve ser fornecido em situações de embarço;
- O cuidador deve ser treinado a proporcionar segurança, garantindo o fácil acesso a todas as roupas e avaliando o nível de desempenho individual.

Orientações no Déficit no autocuidado para alimentação

- Além das restrições alimentares em decorrência da hipertensão, diabetes ou outras doenças associadas, o cuidador deve ser orientado a elaborar a refeição com alimentos que o cliente aprecie;
- Para que a hora da refeição seja agradável, o cuidador deve preparar o ambiente sem muitas distrações, desligando tv ou evitando conversas que estressem o cliente; a alimentação deve ser oferecida com o mesmo preferencialmente sentado à mesa, com contato visual do alimento e com espaço suficiente para realizar a tarefa de comer;
- A família deve ser orientada a estimular o paciente a realizar refeições com os membros da família, proporcionando um ambiente que não seja embaraçoso para a pessoa e permitir tempo suficiente para a tarefa de comer;
- Orientar sobre a temperatura correta dos alimentos, visto que o cliente pode ter dificuldade de perceber temperaturas altas;
- Ensinar sobre a supervisão quando o cliente usar dentaduras; observar se estão bem adaptadas, sem folgas que venham a promover ferimentos nas gengivas ou dificuldades de mastigar; bem como ensinar a higienização da cavidade oral e da dentadura;
- O cuidador deve ter atenção especial caso o cliente necessite de óculos, devendo possibilitar seu uso durante a refeição;
- Incentivar o cuidador a proporcionar apenas a supervisão e o auxílio necessários para o reaprendizado ou a adaptação, auxiliando-o a servir-se, se necessário, abrindo as embalagens, guardanapos, cortando a carne, passando manteiga no pão;
- Informar sobre os equipamentos auxiliares possíveis de serem utilizados: beirada no prato para evitar que o alimento seja empurrado para fora; pratos com ventosas para não deslizarem na mesma; cabos dos talheres com adaptadores que facilitem seu manuseio; xícara ou copo especial, com pouca quantidade de líquidos para facilitar o manuseio.

DOMÍNIO	D. E.
5	Percepção e cognição (Memória prejudicada e Comunicação verbal Prejudicada).
6	Autopercepção (Risco de Sentimento de impotência; Desesperança; Risco de solidão; Disposição para autoconceito melhorado; Baixa auto-estima situacional; Baixa auto-estima crônica; Distúrbio na imagem corporal).
Orientações de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação da família sobre posicionar calendários com letras e números grandes, fazendo-o anotar cada dia que passa com um x; dispor no ambiente objetos que fazem parte de sua história e lhe tragam boas lembranças, tais como fotografias dos membros da família e amigos, etiquetados com clareza, pode ajudar o paciente a recordar; 	

- A fim de facilitar o acesso do cliente a determinados ambientes, a família pode identificar com figuras ou fotos o ambiente da casa: quarto, cozinha e banheiro, facilitando a localização;
- Para proporcionar orientação de tempo, o cuidador poderá deixar um relógio com números e ponteiros grandes na parede;
- Explicar aos familiares que nunca se deve falar da pessoa com problema de memória na frente dela, pois ela compreende mais que pode expressar;
- Orientar o cuidador a começar a conversa identificando-se e não perguntando se ele se lembra de você.

Orientação para Comunicação verbal prejudicada: habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar sistema de símbolos.

- Orientar os familiares a utilizar o nível normal de altura e falar frases curtas, lentamente, no contato com a pessoa com dificuldade de comunicação verbal;
- O cuidador deve fornecer orientações uma de cada vez e com simplicidade;
- Estimular o cuidador a fazer um esforço concentrado para entender o que a pessoa estiver falando sem se preocupar com a pronúncia perfeita, inicialmente;
- Nessa fase, o cliente agitado e mais agressivo pode falar mais alto, errado e palavrões; o cuidador deve ser orientado a ignorar essa forma de verbalização, mantendo o nível de altura da voz, sem criticar os erros;
- Os familiares devem dar à pessoa tempo para responder; não interromper; suprir com palavras apenas ocasionalmente; não fingir que entende, se não entender;
- Os familiares devem ser orientados a utilizarem frases curtas: desta forma, ambos podem se entender com mais facilidade.

DOMÍNIO	D. E.
7	Relacionamentos de papel (Risco de tensão do papel do cuidador; Tensão do papel do cuidador; Risco de paternidade ou maternidade prejudicada; Processos familiares interrompidos; Disposição para processos familiares melhorados; Risco de vínculo pais/filhos prejudicado; Processos familiares disfuncionais: alcoolismo; Interação social prejudicada; Conflito no desempenho do papel de pai/mãe).

Orientações de enfermagem

- O enfermeiro deve identificar a causa do prejuízo, buscando alternativas para mudança de atitude, caso seja este que dificulte as relações sociais.
- Em relação ao paciente, o enfermeiro proporciona apoio para a manutenção das habilidades sociais básicas e a redução do isolamento social.

Orientações ao cuidador familiar e cliente

- Relatar e incentivar a permanência das relações sociais com o grupo de amigos existentes previamente ao adoecimento;
- Incentivar a participação nos grupos de apoio;
- Proporcionar junto ao cliente e ao cuidador o estímulo do desempenho das atividades da vida diária e as atividades instrumentais da vida diária possíveis de serem re-aprendidas e realizadas pelo cliente.

DOMÍNIO**D. E.**

8 Sexualidade (Disfunção sexual).

Orientações de enfermagem

- Abordar o tema de forma simples que não promova constrangimento. Neste tipo de abordagem, é importante que o cuidador seja avaliado sobre a relação familiar. Em situações em que o cliente esteja acompanhado de uma filha ou nora, ou se for cliente feminina, a presença de um familiar e não o parceiro ou parceira pode gerar constrangimento.
- Estabelecer o melhor momento para realizar as orientações é tão importante quanto às próprias informações;
- Incentivar a parceira ou parceiro a participarem da orientação sobre alteração de humor, incontinência urinária, doenças relacionadas que necessitam de medicamentos como hipertensão e diabetes, que interferem nas atividades sexuais;
- Estimular o paciente a falar sobre sexualidade. A maioria dos pacientes se abstém de discutir sobre o assunto quando sente que o enfermeiro não é receptivo ou está apressado;
- Informar que alguns casais usam a masturbação mútua ou vibradores elétricos durante a atividade sexual. A excitação orgásmica pode ser atingida por meios alternativos;
- Orientar as estratégias de posições para o ato sexual em situações de dificuldade motora.

DOMÍNIO**D. E.**

9 Enfrentamento/Tolerância ao Estresse (Medo; Ansiedade; Ansiedade relacionada à morte; Tristeza crônica; Sentimento de pesar disfuncional; Adaptação prejudicada

10 Princípios de Vida (Disposição para bem-estar espiritual aumentado; Risco de angústia espiritual; Angústia espiritual; Disposição para religiosidade aumentada)

-
- 11 Segurança / Proteção (Risco de infecção; Risco de quedas; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de lesão; Risco de trauma; Risco de suicídio; Risco de automutilação; Hipotermia)

Orientações de enfermagem

- Adequar as portas conforme a limitação de movimentação; retirar tapetes, não encerar o chão, colocar lâmpadas nos corredores ou percurso para orientar a pessoa durante a noite ao ir ao banheiro ou proporcionar o uso, no quarto, de dispositivos para eliminar diurese; redistribuir a mobília pra evitar esbarrões; manter piso seco; eliminar os desníveis do solo, colocando rampas;
 - Possibilitar a saída da cama utilizando o lado não hemiplégico; colocar interruptor acessível; papagaio ou comadre próximo da cama para evitar deslocamentos noturnos até o banheiro;
 - Quanto ao banheiro: manter a superfície antideslizante, ou tapete de borracha no boxe do banheiro; utilizar cadeira higiênica se necessário ou banco para sentar durante o banho;
 - A cozinha deve ser mantida sem tapetes ou objetos que dificultem a mobilidade; colocação de objetos de uso frequente em locais acessíveis;
 - Outros: orientar o cuidador e paciente a vestir ou despir com o paciente sentado; uso de sapatos confortáveis, de salto baixo, sola antideslizante e bem ajustados.
 - Orientar o cuidador sobre os medicamentos em uso e os seus reflexos sobre a capacidade de deambulação do paciente.
 - Promover a higienização da pele conforme o grau de dependência, orientando sobre banho no chuveiro com auxílio de cadeiras higiênicas, tapetes antiderrapantes no Box, dispositivos de apoio manual;
 - Realizar o banho e a higiene no leito conforme a dependência da pessoa; estimular o auto-cuidado sempre que possível, resgatando a autonomia máxima possível;
 - Realizar mudanças de postura, e o tempo necessário à prevenção de lesões; as mudanças de posição do cliente devem ser realizadas a cada duas horas, durante a vigília, e a cada hora em cadeiras de rodas;
 - A limpeza da pele deve ser sempre realizada a cada troca de fraldas, que deverá ser frequente e prevenindo tempo prolongado à exposição da pele em contato com a fralda molhada de urina ou mesmo evacuada. O uso excessivo de fraldas para pacientes incontinentes muitas vezes retarda o seu retorno à utilização do vaso sanitário;
 - Instalar o dispositivo tipo coletor externo para pacientes masculinos orientando a sua colocação e manutenção. Também a troca do coletor deve ser feita periodicamente, a cada 24 horas, evitando infecções;
 - Os lençóis devem ser limpos, passados a ferro e colocados esticados na cama. Adequar o uso conforme as condições da cama; o enfermeiro deve buscar alternativas junto com cuidador e não somente dizer o que fazer. A sugestão do profissional pode não atender as condições domésticas (ex. Dar nó no lençol para mantê-lo fixado no colchão);
 - Não utilizar talcos, óleos ou produtos que impeçam a transpiração da pele;
 - Orientar quanto ao uso de calçados para os que deambulam, especialmente os pacientes diabéticos;
 - O uso de dispositivos como travesseiros, rolos de espuma, colchão caixa de ovo, colchão d'água; boias de espuma, de água de silicone são úteis e
-

podem ser utilizadas conforme cada caso;

- A observação dos principais pontos de pressão, especialmente os de protuberâncias ósseas; o que e como observar;
- Alertar sobre o uso de roupas de tecido sintéticos que não possibilitam a transpiração.

Fonte: **(GOMES & SENNA, 2008; GOMES, 2008; GOMES & SALES, 2012; GOMES & GOMES, 2014)**

Obs. O enfermeiro avalia cada cliente que apresenta este diagnóstico, avaliando a pele e mucosas, promovendo as estratégias de prevenção, como o uso de dispositivos de prevenção das lesões.

3 CONSIDERAÇÕES

A atuação do enfermeiro deve seguir os preceitos da profissão e as ações interdisciplinares. As sugestões para a educação permanente do cuidador e da pessoa cuidada devem ser aplicadas conforme as individualidades reconhecidas pelo enfermeiro e equipe.

A interação com a equipe de enfermagem, técnicos e auxiliares e os agentes comunitários de saúde e demais membros da eSF, com relação as ações propostas é fundamental para o reforço e supervisão dos cuidados durante as visitas domiciliares. Portanto, compartilhar as informações é fundamental para um bom desempenho da equipe, do cuidador em prol da recuperação do paciente, bem como prevenção de novas patologias.

4 REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. [Acesso 12/03/2016]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. **Atenção Domiciliar no âmbito do SUS - Programa Melhor em Casa. 2012.** [Acesso 12/03/2016]. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php

BRASIL. **Portaria Nº 1.208, De 18 De Junho De 2013.** [Acesso 12/03/2016]. Disponível em <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/19/portaria-no-1-208-de-18-de-junho-de-2013>

BRITO, M.J.M.; ANDRADE, A.M.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C.; PENNA, C.M.M.. **Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade.** Esc Anna Nery (impr.)2013 out - dez; 17 (4): 603 – 610

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

FIGUEIREDO, N.M.A. DE, MACHADO, W.C.A., TONINI T. **Cuidando de Clientes com Necessidades Especiais, Motora e Social.** São Caetano do Sul, SP- Difusão Editora, 2004.

FLORIANO, L.A.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O.; SUDRÉ, M.R.S.. **Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso Dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8.

GARCIA, R.P.; BUDÓ, M.L.D.; OLIVEIRA, S.G.; SCHIMITH, M.D.; WÜNSCH, S.; SIMON, B.S.. **Cotidiano e aprendizado de cuidadores familiares de doentes crônicos.** Cienc Cuid Saude 2011; 10(4):690-696

GOMES, S.R.; GOMES, S.R.. **Assistência de enfermagem ao portador de síndrome de Cadasil: Estudo de caso.** 2014 [internet]. Acesso em 27/02/2016. Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/55740/assistencia-de-enfermagem->

GOMES, S.R.; SENNA, M. **Cliente com Acidente Vascular Cerebral e as interfaces da assistência de enfermagem para reabilitação.** Online Brazilian Journal Of Nursing, Vol 7, No 2 (2008). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1420/386>

GOMES, S.R. **Assistência de Enfermagem para a pessoa com Acidente Vascular Cerebral – uma proposta de estudo em Hospital Municipal** 2008.119p. Dissertação [Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial]. Universidade Federal Fluminense.

GOMES, S.R.; SALES, F.M. **Experiências nas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiências Físicas.** In FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A.. Tratado Cuidados de Enfermagem médico-cirúrgico. 2012. Editora Roca. Cap. 174. P. 2978-2904.

HINDS, O.S.; CHAVES, D.E.; CYPRESS, S.M. **Context as a source of meaning and understanding.** Qual Health Res. Newbury Park. 1992;2(1):61-74.

JESUS, R.V.L. **Projeto de Intervenção para a mudança do perfil da Estratégia Saúde da Família da Área programática 2.1 no município de Rio de Janeiro: Território vivo e acessibilidade.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Aberta do Brasil. Rio de Janeiro. Junho de 2011. 25p.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2621-2626, 2010.

MESQUITA, S.R.A.M., ANSELMI, M.L., SANTOS, C.B. et al. **Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos.** Rev. Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13 (4):555- 61.

OLIVEIRA NETO, A.V. de; DIAS, M. B.. **Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Rev Divulgação em Saúde para Debate | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014** –<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. **O Território no Programa De Saúde Da Família.** Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006 . HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9273>

RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; SANTOS, E.B.; FHON. J.R.S.; WEHBE, S.C.C.F. **Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013 Jan.-Feb.;21(Spec):216-24.

SILVA JUNIOR, E.D.; MEDINA, M.G. AQUINO, R.; FONSECA, A.C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. **Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S49-S60 nov., 2010.

SILVA M.J.; RODRIGUES, R.M. VALE, EG- **Uso das Ciências Sociais no Campo da Enfermagem.** Rev Nursing, v.81, n. 8, Fevereiro 2005. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1420/386>

THUMÉ, E.;FACCHINI, L.A.; TOMASI,E. VIEIRA, L.A.S. **Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado.** Rev Saúde Pública 2010;44(6):1102-111