

## **PROCESSO DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O MODELO CONCEITUAL DE WANDA HORTA, APLICADO A UMA FAMÍLIA ATENDIDA PELO NÚCLEO REGIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR, DISTRITO FEDERAL.**

### **NURSING PROCESS, ACCORDING TO THE CONCEPTUAL MODEL OF WANDA HORTA, APPLIED TO A FAMILY MET BY THE REGIONAL CORE OF HOME CARE, DISTRITO FEDERAL.**

### **PROCESO DE ENFERMERÍA, SEGÚN EL MODELO CONCEPTUAL DE WANDA HORTA, APLICADA A UNA FAMILIA POR EL CENTRO REGIONAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, DISTRITO FEDERAL.**

Prince Vangeris Silva Fernandes de Lima<sup>1</sup>, Ana Karoliny Couto Nascimento<sup>2</sup>, Hellen Cristina Seganfredo<sup>3</sup>, Isabella Cristina Ribeiro<sup>4</sup>, Anne Caroline Coelho Leal Árias Amorim<sup>5</sup>, Elíoenai Dornelles Alves<sup>6</sup>

**RESUMO:** O relato de caso descreve a assistência de enfermagem, sistematizada segundo o modelo conceitual de Wanda Horta, que foi dispensada a uma família acompanhada por uma equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar, de uma Região Administrativa do Distrito Federal mediante priorização, baseada na escala de Cascavel, de um membro desta por tal serviço público. O contexto inseriu-se segundo relatos oriundos da Disciplina ‘Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio’, ofertada

na modalidade obrigatória aos discentes do curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. Nessa conjuntura, descreveu-se o histórico e os diagnósticos de Enfermagem, um plano assistencial, assim como a prescrição, a evolução e o prognóstico de Enfermagem. Na residência verificou-se a importância dos cuidados específicos em saúde dispensados não somente pelo enfermeiro, mas por toda a equipe multiprofissional, aos clientes com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, que demandam cuidados que superam os oferecidos pela Atenção Primária. Buscando a integralidade do cuidado, profissionais e discentes envolvidos atentaram para a oportunidade de visualizar e melhor compreender os padrões de relacionamentos estabelecidos entre cliente, família e profissionais da saúde, com ênfase na forma como os atores envolvidos nesse cenário se mobilizam em prol do cliente enfermo.

**DESCRITORES:** Processo de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem;

<sup>1</sup> Licenciatura em enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB, [princevangeris@hotmail.com](mailto:princevangeris@hotmail.com).

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Brasília, cursando o 6º semestre

<sup>3</sup> Estudante de licenciatura em Enfermagem na Universidade de Brasília

<sup>4</sup> Enfermeira egressa do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB

<sup>5</sup> Professora Assistente, Tutora do Subprojeto “Desenvolvimento de tecnologias para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: subsídios à gestão do cuidado, do acesso e à desospitalização na Regional do Paranoá.”, Pró-Saúde III, Enfermagem, Universidade de Brasília.

<sup>6</sup> Professor Titular, Pesquisador Associado Sênior, Enfermagem, Universidade de Brasília

Teoria de enfermagem.

**ABSTRACT:** The case report describes the nursing care, systematized according to the conceptual model of Wanda Horta, who was dismissed to a family accompanied by a core team of Regional home care, an administrative region of the Federal District through prioritization, based on the scale of Cascavel, a member of this for such a public service. The context part according to reports from the Discipline community health nursing in '02 and ' Stage, mandatory mode sold to students from the undergraduate program in nursing, University of Brasilia. At this juncture, described the history and nursing diagnoses, a welfare plan, as well as the prescription, the evolution and prognosis of nursing. In the residence there was the importance of specific health care provided not only by the nurse, but for the entire multidisciplinary team, customers with chronic clinical pictures and aggravated, but stable, that demand care that exceed those offered by primary health care. Seeking the completeness of the care, professionals and students involved started for the opportunity to visualize and better understand the patterns of relationships established between the client, family and healthcare professionals, with an emphasis on how the actors involved in this scenario mobilized in support of ailing client.

**KEY WORDS:** NursingProcess; Care System Nursing; NursingCare; Nursingtheory.

**RESUMEN:** El informe del caso describe el cuidado de enfermería, sistematizado según el modelo conceptual de Wanda Horta, quien fue despedido a una familia acompañada por un equipo de cuidado casero Regional, una región administrativa del Distrito Federal a través de priorización, basada en la escala de Cascavel, un miembro de éste para un servicio público. La parte del contexto según informes de la salud de la comunidad de disciplina enfermería en '02 y ' etapa, modo obligatorio vendido a estudiantes de la Licenciatura en enfermería, Universidad de Brasilia. En esta coyuntura, describe los diagnósticos de enfermería y la historia, un plan de bienestar, así como la prescripción, la evolución y el pronóstico de la enfermería. En la residencia había la importancia del cuidado de salud específico provisto no sólo por la enfermera, pero para todo el equipo multidisciplinario, clientes con cuadros clínicos crónicos y agravado, pero estable, esa atención demanda que excedan las que ofrecen atención primaria de salud. En busca de la plenitud de la atención, profesionales y estudiantes involucrados iniciados por la oportunidad de visualizar y comprender mejor los patrones de relaciones que se establecen entre el cliente, familia y profesionales de la salud, con énfasis en cómo los actores

involucrados en este escenario se movilizó en apoyo de cliente enfermo.

**PALABRAS CLAVES:** Enfermería; Sistema de Cuidado de Enfermería; Teoría de enfermería; Proceso de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A internação domiciliar, acompanhada pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), constitui a modalidade de cuidado realizada por uma equipe multiprofissional específica para esse fim, que presta assistência domiciliar a pessoas com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, que exijam cuidados que superam aqueles que possam ser oferecidos pela Atenção Primária (1).

Diversos são os dispositivos legais que discorrem especificamente sobre o NRAD: a Portaria n.º 2416 de 1998 (2), que estabeleceu critérios para credenciamento de hospitais para a realização de Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei n.º 10.424/2002 (3), da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde que se respaldou na Lei 8.080 (Lei Orgânica de Saúde) (4) por meio do capítulo VI – Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar; a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (5), de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar (AD) e a Portaria n.º

2.529 do Ministério da Saúde (6), de 2006, que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

A internação domiciliar possibilita humanizar o atendimento e o cuidado ao cliente, bem como garanti-lo com insumos mínimos e economia da hotelaria, redução de internações, disponibilização de leitos hospitalares e, por consequência, diminuição de custos financeiros provenientes da desospitalização (1).

No tocante à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), também conhecida como processo de enfermagem, sabe-se que esta constitui um método de prestação de cuidados para a obtenção dos resultados esperados na assistência com objetivo de reduzir complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a recuperação e adaptação do cliente no contexto de saúde e doença (7). O modelo SAE mais conhecido no Brasil é o de Horta (8), que contempla o histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, além do plano assistencial e de demais ações, como: prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Atenta-se para o fato de que a SAE é benéfica para o cliente, para o profissional de enfermagem envolvido no processo em questão e para a instituição de saúde. Desse modo, o processo de enfermagem é benéfico para o paciente no sentido em que a assistência individualizada é uma prerrogativa

da SAE e pressupõe a participação do paciente no processo de cuidado. Da mesma forma, devido suas prerrogativas, o cuidado individualizado articula uma relação favorável entre a equipe multiprofissional e a família, favorecendo a humanização da assistência <sup>(9)</sup>.

A autonomia da (o) enfermeira (o) durante a implantação e execução da SAE implica na aplicação de conhecimento científico, conquista do reconhecimento pela qualidade do cuidado dispensado ao cliente e família deste, como pela instituição responsável pela AD. O trabalho realizado por este trabalhador de saúde reflete seu papel na sociedade e na responsabilização profissional <sup>(10)</sup>. Sobre os benefícios do trabalho de enfermagem sistematizado para as instituições de saúde, cita-se que o trabalho orientado pelo método científico viabiliza a autonomia profissional, organiza o cotidiano da equipe de saúde e permite o uso de ferramentas apropriadas. Dessa forma, os serviços quantificam a assistência, controlam custos e facilitam o processo de auditoria e, além disso, permitem o alcance de metas embasadas no atendimento de qualidade <sup>(11)</sup>.

O presente relato de caso objetivou descrever a assistência sistematizada de enfermagem que foi dispensada a um cliente e sua família acompanhados por uma equipe do NRAD, de uma Região Administrativa do Distrito Federal.

## **METODOLOGIA**

O estudo se caracteriza por um relato de caso do processo de enfermagem aplicado a um cliente e estendido à sua família pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar do Distrito Federal. Este descreve um dos trabalhos realizados na Disciplina 'Enfermagem em Saúde da Comunidade 02 e Estágio', ofertada na modalidade obrigatória aos discentes do curso de graduação em enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Os discentes da disciplina em questão foram sensibilizados para as responsabilidades assumidas pela equipe multiprofissional do NRAD, numa dinâmica em que os alunos foram divididos em grupos e assumiram o cuidado em saúde dispensado a alguns clientes atendidos pelo programa de assistência domiciliar em questão. O presente relato buscou elucidar o processo de enfermagem dispensado a um dos usuários do programa, com menção ao histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e intervenções que foram propostas, segundo o modelo conceitual de Wanda Horta.

Ao todo foram realizadas cinco visitas domiciliares interpostas por ações de planejamento e discussão das ações a serem adotadas. Os dados de saúde e doença do cliente e família foram coletados no segundo semestre do ano de 2013, com base em um questionário semi-estruturado. O seguimento das visitas foi dado sempre com a supervisão

de um docente ou da monitora da disciplina e um dos profissionais do NRAD que estavam dispensando cuidados específicos de saúde ao cliente e família em relato. A cuidadora principal do cliente em relato assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados coletados para fins acadêmicos.

### **HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

Cliente do sexo masculino, 24 anos, 09 anos de escolaridade, natural de Brasília, Distrito Federal, aposentado por invalidez pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), pai de dois filhos. Nascido a termo, parto normal hospitalar, com aproximadamente 5 kg e 52 cm, gestação transcorreu sem intercorrências, bem como crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência.

Em 2011, cliente foi acometido por projétil de arma de fogo (PAF), que resultou em traumatismo crânio-encefálico (TCE). Tratou-se de um episódio de violência, durante o seguimento de uma festa; um indivíduo desconfiou que o cliente estivesse tendo um caso com sua esposa e o alvejou na cabeça. Além do supramencionado, o autor do ato não deixou que os demais prestassem assistência a vítima, sendo que o socorro só chegou após a denúncia de um vizinho, que acionou a polícia.

O cliente foi encaminhado para um Hospital Regional do Distrito Federal, onde comunicaram para a família seu falecimento e

da possibilidade de doação de órgãos. O pai, desacreditado, telefonou para um colega cuja filha é médica, sendo que a mesma foi até o hospital e constatou que o jovem ainda não havia falecido. O mesmo foi encaminhado para outros dois hospitais localizados no Distrito Federal, sendo que no último recebeu atendimento satisfatório (segundo percepção da família), ficando internado durante cerca de 30 dias em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Em virtude de seqüela do TCE, o cliente se encontra em estado vegetativo; devido suas condições de saúde e doença o cuidado empreendido explicita adequada e regularmente seu exame físico, o qual orienta as ações cuidadoras. Atualmente a família segue em busca por uma vaga num hospital de referência em reabilitação, localizado no Distrito Federal e o cliente é assistido pelo NRAD há pouco mais de dois anos (admissão em 2011) e por uma fisioterapeuta particular, que cinco vezes na semana o acompanha com exercícios e treinamento.

Além do cliente, residem na casa mais sete pessoas: seu pai, que possui 54 anos, branco, natural do Rio de Janeiro, trabalha como jardineiro e motorista, acometido por Hipertensão Arterial Sistêmica e em uso de sonífero; a mãe do cliente é a cuidadora principal, possui 48 anos, hígida, menopausada, porém, realizou o exame para prevenção de colo uterino há mais de cinco anos (segundo informações colhidas); três

irmãos, sendo que um deles é adotivo; um primo e uma filha do cliente, todos hígidos.

A casa onde a família reside é própria, quitada, de alvenaria, com onze cômodos e quintal. Possui rua asfaltada, coleta de lixo e saneamento básico. Os alimentos mais consumidos rotineiramente pela família são cuscuz, pão de queijo, arroz, peixe e verduras. As condições de armazenamento, higiene e preparo dos alimentos, segundo relato, são apropriadas. Apenas um membro da família concluiu o ensino médio, outros dois componentes do seio familiar possuem ensino médio incompleto e outros quatro possuem ensino fundamental incompleto. A família é católica praticante e relata viver diariamente os ensinamentos da religião que seguem. A mãe do cliente relatou “Não sei o que teria sido de nossas vidas sem a igreja. A água que meu filho toma (via gastrostomia) é sempre benta.”

Como registro das atividades de lazer e hábitos culturais que a família possui, obtiveram-se as seguintes informações: a mãe frequenta a igreja duas vezes na semana, o pai sai uma vez na semana para jogar bola com os amigos, os irmãos saem com os amigos e namorada cerca de três a cinco vezes por semana e as crianças brincam e assistem à televisão diariamente. A fonte de renda da família é proveniente do salário do pai, do irmão e da aposentadoria do cliente, que, em conjunto, soma um valor de cerca de R\$5.000,00.

Quando a mãe do cliente foi questionada acerca de sua rotina como cuidadora principal, ela nos relatou dormir às 03 ou 04 horas da manhã, pois precisa ficar observando o filho caso ele necessite de algum apoio, já que ele possui o costume de dormir durante o dia e ficar acordado durante a noite. Quando a mãe vai dormir, o pai ou o irmão assumem o cuidado do cliente.

Em relação ao pai, verificou-se que ele é o responsável pelas conquistas judiciais do filho. Desde o acidente, foi o pai quem entrou com um mandato de segurança para o filho conseguir atendimento médico em um hospital que suprisse suas necessidades. Quando a dieta do filho está em falta na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o pai aciona a justiça, bem como a comunidade e amigos para se mobilizarem e comprarem o frasco com a dieta apropriada. Atualmente, o pai do cliente está em busca de uma cadeira de rodas motorizada, uma vez que a que conseguiram para o filho é muito pequena. Em uma das visitas, o pai relatou que constantemente sente um aperto no peito e uma vontade de chorar, sem razão aparente.

Acerca do exame físico realizado em uma das visitas, a mensuração da pressão Arterial foi de 161x116 mmHg; da frequência respiratória, 16 mrm; da frequência cardíaca, 118 bpm e da temperatura, 36°C. O paciente, restrito ao leito, em estado vegetativo, não estabelece diálogo com as pessoas ao seu redor, apenas emite sons; permanece em bom

estado geral, acianótico, anictérico, normocorado e hidratado. Constatou-se, no período do acompanhamento, que o cliente estava em boas condições de higiene, com unhas curtas e limpas, pele com turgor preservado, embora com edema importante em membros inferiores e superiores (3+/4+), possivelmente interferindo nas extremidades, com perfusão lentificada; percebeu-se, ainda, no exame uma depressão na região esquerda do couro cabeludo, em detrimento de ausência de calota craniana na região e uma cicatriz cirúrgica na região esquerda de crânio. No entanto, observou-se olhos, narinas, ouvidos, lábios e mucosa oral com integridade preservada.

Quanto ao sistema cardiovascular, constatou-se ritmo cardíaco regular em dois tempos e bulhas normofonéticas sem sopros, enquanto que o sistema respiratório estava com murmúrios vesiculares fisiológicos presentes. O abdome era globoso, haviam pêlos bem distribuídos e ausência de visceromegalias ou massas palpáveis e ao exame percebeu-se ruídos hidroaéreos presentes, como a presença de gastrostomia na região, por onde se administrava a dieta (alimentação e hidratação de 3/3h) e a medicação. Nos membros inferiores, os pêlos distribuíam-se de forma uniforme. Na região da genitália verificou-se uso de coletor de urina e fralda. Outro dado importante refere-se à presença de curativo oclusivo em região da traquéia, onde anteriormente se encontrava

uma traqueostomia, ainda não cicatrizada completamente.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem se caracterizam por um instrumento de trabalho, que proporciona ao enfermeiro um plano de intervenção, o aproximando de seu objeto de trabalho por meio de ações previamente refletidas. Tais diagnósticos de enfermagem facilitam as ações por estes realizadas, quando utilizados de forma correta; estes são mediados pela avaliação crítica e tomada de decisão desse trabalhador, pois indicam que intervenções vêm ao encontro das necessidades dos clientes<sup>(12)</sup>. Nesse sentido, descrevemos os diagnósticos de enfermagem do cliente e de sua família, que seguem abaixo descritos, com as respectivas fundamentações teóricas; em sua totalidade foram elucidados de acordo com a taxonomia da North American nursing Diagnosis Association<sup>(13)</sup>.

- **Risco da Síndrome do Desuso** relacionada à dificuldade de movimentação de membros inferiores e superiores devido ao TCE causado pelo PAF, evidenciado por movimentação restrita e inabilidade de desempenhar habilidades motoras grossas e finas, de forma autônoma.

Os efeitos da imobilidade são manifestados no tecido muscular pela diminuição da força contrátil, com consequente hipotrofia e encurtamento muscular, resultantes da redução da síntese e

do aumento do catabolismo protéico no período, além da diminuição de fluxo sanguíneo<sup>(14)</sup>.

- **Risco de Infecção** relacionada à incapacidade de alimentação por via oral, evidenciado por presença de gastrostomia. O cliente está exposto a um risco aumentado de invasão por patógenos em decorrência da abertura abdominal para a alimentação por gastrostomia.

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. As vias de acesso, habitualmente empregadas, para realização da gastrostomia, são: laparotomia, endoscopia e laparoscopia. O preparo pré-operatório consiste em jejum de 6 a 8 horas, instalação de acesso venoso para infusão de fluídos com eletrólitos, analgésicos e sedativos. A profilaxia da infecção de parede abdominal, sobretudo ao redor da sonda, é feita mediante antibioticoterapia profilática intravenosa com cefalosporina<sup>(15)</sup>.

A Gastrostomia Definitiva é indicada como terapêutica paliativa em indivíduos acometidos por neoplasia maligna irressecável da faringe e do esôfago, para os quais não há condições favoráveis de intubação transtumoral, por via endoscópica ou cirúrgica. As doenças neurológicas - demência, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e outras - que afetam a motilidade da língua, da faringe e do esôfago

e que comprometem a deglutição e o apetite também representam um grupo com indicação cada vez mais frequente de gastrostomia definitiva<sup>(15)</sup>.

- **Disposição para enfrentamento familiar aumentada** evidenciado por utilização de recursos espirituais e procura por suporte social e psicológico.

O indivíduo costuma experienciar sua religião de duas maneiras: extrínseca ou intrínseca. A maneira extrínseca refere-se a utilizar a religião como meio de obter benefícios. Neste caso, a religião ocupa um lugar superficial em sua vida; suas crenças religiosas são herdadas, não houve reflexão sobre a escolha da filosofia religiosa. Vivenciar a religião de maneira intrínseca significa colocar suas crenças religiosas em primeiro lugar; é viver de acordo com seus preceitos, numa atitude de comprometimento e busca de sentido na vida<sup>(16)</sup>.

- **Ansiedade** relacionada a restrições causadas por mudanças no estado de saúde de um membro da família e evidenciada por grande expectativa de melhoras no quadro de saúde que talvez não sejam possíveis.

A literatura científica elucida o cuidador familiar como uma pessoa leiga que assume a tarefa de cuidar de um familiar que apresenta dependência associada às incapacidades funcionais, temporárias ou definitivas. O cuidar de indivíduos portadores de doenças crônicas pode gerar situações de estresse e trazer transtornos tanto para o



cuidador, como para o indivíduo doente e seus familiares. O trabalho de assumir os cuidados de clientes dependentes tem sido referido pelos cuidadores-familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, por seu envolvimento afetivo com o familiar cuidado e pela transformação de uma relação anterior de reciprocidade em uma relação de dependência, em que o cuidador passa a ter restrições em relação à sua própria vida <sup>(17)</sup>.

- **Déficit no auto-cuidado** da cuidadora principal, caracterizado por incapacidade de percepção do cuidado de si, evidenciado pelo fato da mesma ter realizado a última consulta ginecológica há mais de cinco anos.

Os cuidadores tendem a se preocupar mais com o cuidado que prestam, do que com o cuidado de si mesmos e dedicam grande parte de seu tempo a essa atividade. Estudo aponta que muitas vezes o familiar encarregado de cuidar dedica tanto tempo aos cuidados que acaba abrindo mão de sua vida, inclusive de momentos de lazer. Essa dedicação se reflete positivamente no cuidado prestado, entretanto, mostra a importância de o profissional de saúde voltar sua atenção também para o cuidador, uma vez que sua saúde pode refletir no cuidado com o outro <sup>(17)</sup>.

- **Tensão no papel de cuidador** caracterizado pela sobrecarga de cuidados específicos em saúde que a família dispensa ao cliente, evidenciado por relatos de sobrecarga.

Cuidar de uma pessoa dependente é uma tarefa complexa e exige esforço pessoal e determinação. Estudo aponta que os cuidadores de doentes crônicos dependentes estão sujeitos a tensões que debilitam sua saúde física e mental, devido assumirem novos papéis, além da aceitação da redução de atividades pessoais, como trabalho e lazer <sup>(17)</sup>.

## **PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM**

No que diz respeito ao risco da síndrome do desuso, a fisioterapia pode atuar através da estimulação elétrica neuromuscular, a fim de promover o recrutamento de unidades motoras e o estímulo proprioceptivo. No objetivo de prevenir o encurtamento muscular, faz-se importante a utilização de massoterapia, alongamentos e exercícios passivos, para que haja melhor aporte sanguíneo e aumento da flexibilidade das estruturas musculares. O tecido articular também sofre alterações que levam a um quadro de diminuição da amplitude de movimento e rigidez articular, sendo seu fator causal a estática do líquido sinovial, que gera um déficit nutricional articular, com atrofia da cartilagem, espessamento da sinóvia e fibrose capsular <sup>(14)</sup>.

Em decorrência do supramencionado, faz-se necessária a prática de exercícios funcionais duas vezes ao dia quando a profissional da fisioterapia do cliente não realizar a visita, com atenção para o

surgimento de eritema, palidez e palpação de tecido morno e edemaciado a cada troca de posição. O processo de reabilitação compreende exercícios passivos, alongamento e mobilizações intra-articulares, através da ativação da cinética do líquido sinovial. Quanto aos movimentos descoordenados, nota-se que seu aparecimento no TCE pode ser tanto devido à lesão do Sistema Nervoso Central quanto à fraqueza muscular<sup>(14)</sup>.

Como prevenção de infecções, deve-se observar como são realizados os cuidados com a gastrostomia e orientar a cuidadora principal sobre aspectos gerais do cuidado dispensado a região desta, bem como sobre o risco de infecções e medidas preventivas.

Evidenciou-se a necessidade de estimular o conforto na religião e a prática de ações voltadas à religiosidade e espiritualidade que asseguram um bem-estar e amparo à família, com atividades de educação em saúde, além de suporte social e psicológico. Os dois últimos itens supracitados terão seu seguimento apoiado no NRAD, que fará os encaminhamentos necessários, principalmente para o pai do cliente, que já manifestou a necessidade de apoio psicológico. Outra intervenção a ser realizada diz respeito à escuta ativa e apoio emocional aos membros da família, em especial a cuidadora principal, como ao pai deste, numa dinâmica em que se crie um espaço dialógico para fluxo de queixas, expectativas, tensões e desabafos.

Merhy<sup>(18)</sup> salienta que o uso de variadas tecnologias, inclusive as relacionais, favorece na criação de vínculos de confiança entre quem cuida e quem é cuidado e, ainda, satisfaz necessidades concretas dos sujeitos envolvidos no cuidado imerso neste contexto sócio-histórico. Nessa lógica, os profissionais do NRAD estendem aos discentes da disciplina a possibilidade de estabelecer contatos pautados em tecnologias relacionais, as quais além de qualificarem o cuidado em saúde, os ensinam, na prática, como usar esse saber-fazer com ganhos para ambas as partes.

Pensa-se também na possibilidade de expor a cuidadora principal às condições reais de saúde e doença do filho, de forma que esta compreenda que seu filho não voltará a falar como antes, emitindo vogais e consoantes, mas que com o acompanhamento da fonoaudiologia outros canais dialógicos poderão ser estabelecidos.

Com foco no cuidador, a equipe se responsabilizou por marcar uma consulta ginecológica para a cuidadora principal, uma vez que a mesma relatou ser uma tarefa difícil sair de casa e passar horas em filas de ambulatório. Em detrimento de tal necessidade será marcada a consulta, em questão, por um dos acadêmicos do grupo, de forma que a mãe do cliente se programe apenas para comparecer a consulta e não para conseguir marcá-la.

A orientação para o auto-cuidado não deve ser dispensada somente para a cuidadora

principal, mas para todos os envolvidos neste cenário. Sugere-se que seja estimulado o rodízio de cuidado ao cliente, principalmente no período noturno, numa dinâmica em que os cuidadores possam dormir e descansar. Uma vez que a mãe assume a maior parte do cuidado, esta deverá ser orientada a dividir as

tarefas cotidianas (limpeza da casa, por exemplo) com os demais membros do seio familiar, bem como se sensibilizar para a importância dos momentos de privacidade do casal, lazer e entretenimento.

### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Prescrição de Enfermagem	Quem?	Quando?	Realizado (Sim/Não)
Realizar os exercícios prescritos pela fisioterapeuta.	Familiares e fisioterapeuta.	Segundo prescrição da fisioterapeuta.	Sim.
Deixar os lençóis esticados, idem para roupas de cama.	Família.	Sempre que julgar necessário.	Sim.
Aliviar as proeminências ósseas e realizar mudança de decúbito do cliente.	Família.	A cada duas horas.	Sim.
Estimular o conforto na religião e a prática de ações religiosas e espirituais, que asseguram bem-estar e amparo à família, além de suporte social e psicológico.	Acadêmicos de enfermagem, equipe do NRAD.	Durante as visitas domiciliares.	Sim.
Escuta ativa e apoio emocional aos familiares.	Acadêmicos de enfermagem e Equipe do NRAD.	A cada visita domiciliar.	Sim.
Orientar a família sobre aspectos gerais de saúde e doença do cliente.	Acadêmicos de enfermagem e Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar.	A cada visita domiciliar.	Sim.
Marcar consulta com Fonaudiólogo para o cliente.	Equipe do NRAD.	Assim que possível.	Não.
Marcar uma consulta de ginecologia que contemple exames preventivos para a cuidadora principal.	Acadêmicos de enfermagem.	Até a última visita.	Sim. Na penúltima Visita Domiciliar (VD).

Orientar cuidadora principal e demais cuidadores para o auto-cuidado.	Acadêmicos de enfermagem e Equipe do NRAD.	Durante uma visita domiciliar.	Sim.
Alternar o cuidador do cliente, de forma que nenhum dos cuidadores fique sobrecarregado.	Família.	Diariamente.	Sim.
Estimar horários de lazer e descanso, numa dinâmica individual e familiar.	Família.	Diariamente.	Sim.
Realizar curativo oclusivo em região de gastrostomia, observando a presença de sinais flogísticos tanto nesta, como na região periférica. Na presença destes sinais, acionar enfermeira do NRAD.	Família.	A cada troca de curativo, sugere-se a troca de curativo a cada dois dias.	Sim.

## EVOLUÇÃO

Durante as cinco visitas domiciliares ao cliente e família, verificou-se que a demanda de cuidados estava concentrada nos familiares e não no cliente em si. Evidenciou-se, com base na avaliação discente e docente, que o cliente estava sendo cuidado em níveis satisfatórios, numa dinâmica em que suas demandas eram atendidas da forma apropriada e no tempo ideal. O cliente, durante todas as visitas, encontrava-se em ótimas condições de higiene, uma vez que a família demonstra contínua responsabilização, sobretudo, pela fé na cura e recuperação deste membro familiar. Desta forma, justifica-se o fato de alguns diagnósticos de enfermagem comumente percebidos em casos como este não terem sido elucidados, tais como o 'Risco de Integridade da Pele Prejudicada'. Porém, na última VD, verificou-se que o cliente havia

iniciado o uso de um antibiótico, o qual a cuidadora principal não soube informar o nome, em detrimento de um suposto quadro de infecção urinária.

O pai do cliente manifestou a necessidade de apoio psicológico, uma vez que se sente sobrecarregado com a situação vivenciada por ele e demais familiares envolvidos diretamente com o cuidado. Não se sabe se a equipe do NRAD conseguiu suprir a demanda supramencionada, apesar da escuta ativa ter sido realizada durante as visitas que sucederam a queixa. O pai também relatou o desânimo proveniente das dificuldades financeiras pela qual a família passa. Porém, na última visita domiciliar, foi relatado que a família adquiriu, via processo judicial, uma cadeira de rodas adequada ao tamanho e peso do cliente.

A mãe do cliente havia relatado que não realiza exames ginecológicos preventivos

há mais de cinco anos, além do fato de se sentir sobrecarregada com o cuidado dispensado ao filho. Um dos discentes do grupo conseguiu marcar uma consulta, em um hospital público de Brasília, com uma enfermeira especialista em Saúde da Mulher. A mãe foi informada com duas semanas de antecedência sobre a consulta, de forma que pudesse se programar para tal. Ela relatou que conseguiu comparecer à consulta e realizar os exames ginecológicos preventivos.

A nutricionista do NRAD, duas semanas após o término das visitas domiciliares pelo grupo de discentes da UnB, informou que a mãe do cliente comunicou à equipe que se sensibilizou para a necessidade e importância do auto-cuidado apoiado, numa dinâmica onde conseguira mobilizar os familiares em prol de seus momentos de lazer e descanso. Como exemplo ao supracitado, a cuidadora principal relatou que consegue comparecer a igreja com mais frequência e que também passou um final de semana em uma chácara, na companhia de amigos e familiares, sem a companhia do filho enfermo.

### **PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Com base nas intervenções de enfermagem realizadas, seguem abaixo listados os resultados esperados:

- Espera-se que não ocorra significativa atrofia da musculatura de membros inferiores e superiores do cliente;

- Espera-se que a família consiga desenvolver mecanismos de enfrentamento positivo no que diz respeito ao trauma causado a todos com o episódio de violência vivenciado pelo filho, num movimento constante de mudança com atitudes apoiadas na fé e religiosidade;

- Espera-se que os familiares consigam, com o apoio da equipe do NRAD, criar canais dialógicos com o ente enfermo;

- Espera-se que os cuidadores se sensibilizem para a necessidade do rodízio de cuidadores, de forma que a saúde destes não seja negligenciada e que nenhum cuidador fique sobrecarregado.

### **NOTA CONCLUSIVA**

Com a vivência da disciplina verificou-se a importância dos cuidados específicos em saúde dispensados, não somente pelo enfermeiro, mas por toda a equipe multiprofissional, aos clientes com quadros clínicos crônicos e agravados, porém estáveis, que demandam cuidados que superam os oferecidos pela Atenção Primária. Da mesma forma, com tais experiências atentou-se para a oportunidade de visualizar e melhor compreender os padrões de relacionamentos estabelecidos entre cliente, família e profissionais da saúde, com ênfase na forma como os atores envolvidos nesse cenário se mobilizam em prol do cliente enfermo.

Os discentes envolvidos no seguimento deste estudo de caso compreendem que se tratou da oportunidade de conhecer uma nova rede de suporte formal ofertado pelo Sistema Único de Saúde, no qual o trabalho interdisciplinar se faz presente e necessário, numa dinâmica onde não existe a possibilidade de não pensar a família no cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

2. Brasil, Portaria nº. 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 26 mar. 1998.

3. Brasil, Lei nº. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no

Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2002.

4. Brasil, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 19 set. 1990.

5. Brasil, Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

6. Brasil, Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, Diário Oficial da União, 19 out. 2006.

7. Lefevre RA. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

9. Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico e o legislar em saúde. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 446-51.

10. Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de enfermagem: vivência na

implantação da fase de diagnóstico Cogitare Enferm. 2005; 10(3): 53-7.

11. Oliveira SM, Ribeiro RCHM, Ribeiro DF, Lima LCEQ, Pinto MH, Poletti NAA. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 32-8.

12. Foschiera F, Viera CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2004; 06(02): 189-196.

13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.

14. Costa SCA, Pereira UC. Traumatismo cranioencefálico na infância: aspectos clínicos e reabilitação. Pediatria Moderna. 2012; 48(2): 52-6.

15. Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Tirapelli LF, Castro e Silva Jr O. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Revista de Medicina da USP (Ribeirão Preto). 2011; 44(1): 39-50.

16. Duarte MF, Wanderley SK. Religião e Espiritualidade de Idosos

Internados em uma Enfermaria Geriátrica. Psic. Teor. E Pesq. 2011; 27 (1): 49-53.

17. Oliveira TW, Antunes F, Inoue L, Reis LM, Araújo CRMA, Marcon SS. Vivência do Cuidador Familiar na Prática do Cuidado Domiciliar ao Doente Crônico Dependente. Ciência, Cuidado e Saúde. 2012; 11(1): 129-137.

18. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saúde Sociedade. 2012; 21(2):267-79.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2014-02-24  
Last received: 2014-02-24  
Accepted: 2014-05-28  
Publishing: 2014-05-30

#### Corresponding Address

Prince Vangeris Silva Fernandes de Lima  
Condomínio Mansões Entre Lagos. Etapa 03, Conjunto E, Casa 30.  
Região dos Lagos, R  
odovia DF 250 (Sobradinho). CEP: 73255901.  
Telefone: (61) 93243970.