

VISITA

DOMICILIÁRIA

Margarida Sotto Mayor  
Carlos Sequeira  
Gorete Reis

## O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio

---

Gorete Reis

A promoção da saúde, rege-se por uma filosofia que tem como principal alvo potenciar os fatores protetores e promotores da saúde e do bem-estar. Nesta perspectiva, aos profissionais está reservado um papel fundamental. E porque a saúde não é neutra, mas sim multimodal, a sua promoção envolve as componentes afetiva, cognitiva e de motivação (Damásio, 2003 citado por Loureiro & Miranda, 2010) que favorecem a criação de laços e confiança, necessários para se realizar a visita domiciliária de uma qualquer pessoa, neste caso da pessoa adulta com dependência. Ora o cidadão como parceiro na construção do seu bem-estar (Loureiro & Miranda, 2010), deve sentir segurança e confiança nos profissionais que, por sua vez, devem criar estratégias particulares para (re) habilitar a pessoa alvo dos cuidados, isto é, a saber gerir o seu projeto de saúde. Esta capacitação remete para o *empowerment*, para a resiliência, para a participação na forma de envolvimento ativo (Ministério da Saúde, 2013) e para a qualidade de vida. Estes aspetos são realçados na teoria salutogénea, defendida por Antonovsky (Antonovsky, 1996), que, na saúde, dá relevo à pro-ação versus a sua reação. Este ver a vida como influenciando positivamente a saúde, constitui o que o autor designa por sentido de coerência (SOC), que se repercute no desenvolvimento da pessoa globalmente. Uma forte correlação tem sido, portanto, identificada entre a saúde percebida, o bem-estar e a qualidade de vida (Bengt & Eriksson, 2006).

Ser adulto é estar cronologicamente situado entre os 18 e os 64 anos e estar a viver o ciclo de vida, numa fase de pleno desenvolvimento e de máximo potencial. O adulto espera viver com saúde, realizar-se como pessoa, ser feliz e determinar a sua vida. Natu-

ralmente que ter atividade laboral permite autonomizar-se, constituir família e zelar por ela. Tendo em conta o elevado potencial nem sempre gere, adequadamente, as suas próprias condições de saúde, alegando a falta de tempo face a outras prioridades. O controlo de saúde nos adultos trabalhadores cinge-se para a maioria à Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho - Lei nº 102/2009 de 10 de Setembro. Cabe aqui, portanto, diagnosticar o risco, educar para a saúde e encaminhar para respostas mais específicas, tendo por objetivo as potenciais ou reais necessidades. No entanto, conseguir a adesão implica a motivação para tomar em mãos próprias as decisões fundamentadas, respetivamente a comportamentos potenciadores de saúde ou de risco. É a essa capacidade que se chama literacia em saúde.

As pessoas adultas também são acometidas por situações mórbidas, sobre as quais têm a expectativa de um curso benigno e limitado. Ora a falta de atenção dos adultos para com a sua saúde faz emergir, de modo sub-reptício, distintas entidades mórbidas de efeito conjunto nefasto. São exemplo, entre outras, a hipertensão arterial, a hipercolesterolémia, a diabetes, a obesidade, o sedentarismo, as artroses, a depressão. Vejamos, por exemplo, apenas o impacto da hipertensão arterial e da diabetes mellitus de que se estima prevalências de 46% da população e de 12,3% respetivamente (Ministério da Saúde, 2013). São números que nos fazem refletir sobre a necessidade de mudança quanto aos estilos de vida e ao contributo dos profissionais para a construção de ambientes saudáveis.

Porque as doenças crónicas tendem a arrastar-se no tempo, a agudizar-se sem retorno à situação inicial e a acumular os efeitos, o seu peso é bem manifesto verificado nos índices de mortalidade e sobretudo nos DALYs (incapacidade ajustada para os anos de vida) ou seja, o tempo vivido com incapacidade e o tempo perdido por morte prematura. É igualmente de atender aos efeitos no absentismo e nas reformas antecipadas advindas dos episódios de doença mais incapacitante, conquanto ser referida a sua diminuição no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 (Ministério da Saúde,

2013). Estamos face ao que Meleis identifica como transição de saúde doença (Meleis, 2012); o que implica consciência de mudança e vontade de passar para um novo estágio decorrente da doença. Ora viver mais, que se traduz em viver a todo o custo, não é a meta final, Há que fazer o esforço por consegui-lo com qualidade, para todos os cidadãos, através de medidas políticas concertadas aos mais diversos níveis.

No entanto, há situações patológicas para as quais ainda não há o conhecimento ou os meios terapêuticos adequados a combatê-los. Agravam-se em longos cursos evolutivos, com repercussões físicas e emocionais, lá onde se instala a dependência. Os reflexos mostram-se na família, no trabalho e na sociedade em processos dolorosos e com pesados custos. O desejável é que as pessoas regressem a casa e que a partir daí, seja gerida a sua situação de saúde-doença. As respostas às perturbações da saúde e seus determinantes implicados podem vir da ação coordenada de equipas diversificadas.

No entanto, aquando da alta hospitalar, pode ser útil a passagem por uma unidade específica de recuperação ou de reabilitação da funcionalidade, com vista a preparar as condições de ida para o domicílio, em segurança e em qualidade. Fica mais difícil a ida direta para o domicílio quando, por exemplo, existe um défice motor, sensitivo e de linguagem resultante de um acidente vascular cerebral e se tem de recorrer a unidades adequadas à continuidade de cuidados. Sabe-se que as taxas de ocupação das unidades de interface rondam os 94% a 100% mas o atraso no seu acesso tem implicações severas na qualidade de vida das pessoas, pelo comprometimento na sua funcionalidade global (Kennel & Maxwell-Thompson, 2011) e bem-estar.

## **Cuidados de proximidade**

Haverá alternativa ao internamento hospitalar em unidades de convalescença? Sim, trata-se de priorizar os cuidados na comunidade, próximos dos cidadãos, através da intervenção de equipas

multidisciplinares, os domicílios das pessoas. Esta intervenção que implica a avaliação da pessoa e das múltiplas determinantes da saúde (pessoais, sociais, económicas, comportamentais e educacionais) pode, reduzir os períodos de internamento e, ao mesmo tempo, ajudar na continuidade de cuidados para a reabilitação.

No caso das pessoas adultas, urge criar as condições para que a pessoa se (re)habilite nas múltiplas dimensões: física, emocional, social, laboral e económica para, tão cedo quanto possível, ser capaz de gerir o seu regime terapêutico e voltar à vida ativa. Neste caso, considera-se mais adequado que os profissionais de saúde ajam no domicílio. Por exemplo, a Enfermagem deve contribuir para ajudar as pessoas, no contexto familiar, a satisfazerem as suas necessidades reais ou potenciais, na persecução dos seus objetivos e do seu bem-estar. Hesbeen reforça a ideia de que as intervenções de enfermagem devem ajudar a encontrar a harmonia (2001). Não se advogam, porém, intervenções instrumentais, fora de um programa de intervenção global e integral. Os cuidados devem ser justos e equitativos, isto é, exatamente aqueles que a pessoa precisa, na medida necessária e adequada, resultantes de avaliação multidimensional, com contributo transdisciplinar, porquanto as necessidades sentidas pela pessoa são também complexas e com implicação nas diferentes dimensões da vida.

## **Domicílio: o novo contexto de cuidados *versus* centro de saúde**

A dependência gera processos de adaptação que tão mais bem vividos quanto se a pessoa esteja em ambiente conhecido e por si controlado. O domicílio afigura-se assim o local certo para os cuidados porque ajustados ao contexto real com garantias de independência, segurança e bem-estar. O processo de doença é muitas vezes acompanhado de fadiga; dor, desânimo e dificuldades no desempenho das atividades de vida. A perspetiva de sair de casa para consultas e receber outros cuidados num centro de saúde ou similar é, muitas vezes, encarado como algo penoso. Ser deslocado,

usar meios de transporte, ultrapassar barreiras, esperar... equivale a desconforto sobretudo quando se está em dependência. Estamos a referir quadros de doenças, nomeadamente, neurológicas, respiratórias crónicas, cardíacas, oncológicas e ainda a processos de cuidados paliativos, que confrontam as pessoas com a perda progressiva de capacidades ou mesmo com a iminência da morte.

Como já foi referido, as respostas às necessidades oferecidas pelas unidades de cuidados na comunidade, já resultam da intervenção de distintos profissionais, com a vantagem se acontecerem na casa da pessoa doente, envolvendo os seus cuidadores mais significativos e a família. No entanto, é preciso uma preparação particular para agir no domicílio, com papéis mais interventivos, próximos dos cuidados praticados em unidades diferenciadas. Fica sempre presente a possibilidade de recorrer a uma outra unidade os serviços necessários. A referenciação para outro qualquer recurso mais diferenciado ou particular, por exemplo para o alívio do cuidador, é desejável se geradora de confiança. O centro de saúde ganha lugar de plataforma de gestão dos cuidados, incluindo aqueles que acontecem no domicílio.

### ***Cuidar: Um olhar global***

A abordagem na visita domiciliária deve ser planeada, garantindo com a anuência e participação da família pois trata-se de agir a descoberto de uma instituição, no seio de uma família em que o profissional é um visitante. Apesar de manter o estatuto profissional e de o profissional se poder identificar como tal, estão presentes diferentes dinâmicas e relações de força, porque a ação ocorre num ambiente que o profissional não dirige.

O acompanhamento realizado em visita domiciliária requer que se reconheça a importância do visitador, dos seus objetivos e valores, para que o visitado se sinta seguro nas abordagens propostas. São cuidados fundados na autenticidade e na relação (Gago; Lopes, 2012). Para um começo de mútuo acolhimento (Jesus, 2010), deve

ser solicitada a concordância da pessoa/família para agir na sua casa. Este aspeto modifica as forças emocionais e a relação interpessoal. Não se pode exercer domínio sobre este ambiente; mas, sendo-se empático e respeitoso, conquista-se a confiança da pessoa e pode ser-se facilitador da mudança do comportamento. Da parte da pessoa doente, também se tolera mais a dor e a invasão do espaço vital e do próprio corpo quando se respeita e se compreende o trabalho do outro.

Tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro procura promover a saúde, prevenir a doença, promover a adaptação funcional aos défices, ajudar na satisfação das necessidades, almejando a máxima independência nas atividades de vida, através de um processo de aprendizagem do cliente e sua família. O autocuidado é perseguido na versão autónoma mas também nas complementares ou supletivas (Orem, 2000). Dos enunciados de qualidade do exercício profissional que retratam as preocupações dos enfermeiros já antes referidas, realçamos a satisfação do cliente e o seu bem-estar. O envolvimento do adulto e dos cuidadores, a intervenção no ambiente e a mobilização de recursos são focos da enfermagem comunitária. A visita domiciliária dos profissionais de saúde deve manter uma relação próxima da intervenção de outros profissionais e vice-versa, para que os cuidados sejam compreensivos.

### ***Cuidar em casa: Processo partilhado***

Quanto à avaliação inicial assume-se que deve envolver a pessoa e o cuidador informal, ser profunda, sistemática e compreensiva. Para tal, o recurso a instrumentos de monitorização (Kelly-Hayes, 2000) que precisem a situação à partida, permite estabelecer metas, prescrever programas de intervenção, pôr em marcha o plano partilhado com outros profissionais. Reavaliadas e monitoradas, as mudanças realizadas devem ser registadas, bem como tudo que o enfermeiro ou outro profissional de saúde considere que permite a abordagem ou continuidade por parte de outros.

O envolvimento da pessoa e do familiar é deveras importante para a continuidade dos cuidados nas 24 horas e isso é melhor conseguido se forem partilhados os objetivos. Na verdade, cuidar de alguém em casa, em situação de dependência é focar a atenção numa díade: a pessoa doente e o seu cuidador. Isto implica ter de cuidar, também do cuidador, dar voz às suas experiências vividas (Pereira, 2013) e ajudá-lo a tornar-se um cuidador competente (Martins, 2002), com bem-estar e qualidade de vida. Não se deve esquecer que, desde a fase mais precoce, a rede de cuidadores deve ser estabelecida para criar um *élan* de cumplicidade, de cooperação e de apoio. Por outro lado, também é importante dosear o empenho do cuidador familiar para que não perca o sentido da própria vida e possa proteger-se de adoecer. É preciso evitar que o cuidador informal se foque demasiado na pessoa cuidada, não deixando lugar para si, e ter própria vontade e tomar suas decisões. Alguns cuidadores principais ficam obsessivamente “amarrados” ao cuidado.

A integração no contexto comunitário facilita a identificação dos recursos úteis que fazem a diferença na qualidade do atendimento. Reconhece-se que hoje é deveras importante que os recursos estejam organizados para respostas de proximidade nas áreas mais básicas da assistência e que uma rede esteja montada para se oferecerem os mais complexos e diversificados serviços.

O olhar a partir da comunidade, na visita domiciliária, constitui um olhar distinto, numa perspectiva de co construção do processo familiar, porquanto reflete as múltiplas dimensões: comunicação familiar, o *coping*, a interação de papéis e a relação dinâmica (Figueiredo & Martins, 2010) que descentra a atenção da pessoa por si só mas também foca o grupo familiar que pertence, numa abordagem sistémica.

Realça-se que o foco não incide simplesmente na doença, mas na pessoa com necessidades de tratamento, de reabilitação, de prevenção dos riscos e de promoção da saúde. Este modelo integrador da prevenção da doença, da promoção da saúde e de cuidados na doen-

ça, proposto por Laffrey e Kullbok em 1999, responde aos desafios da saúde. Chama-se a atenção para a avaliação cognitiva e emocional que orienta a estratégia a seguir na educação para a saúde. Défices de memória, modificações do raciocínio, alterações do pensamento, tristeza, depressão e ansiedade, entre outros, não podem ser ignorados, porquanto o plano de intervenção só é personalizado se estes aspectos forem tidos em consideração (Onega & Devers, 2011). Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é comumente o mais presente na visita domiciliária, e é responsável por lidar com as respostas dos doentes. Avalia e intervém seja na capacitação (gerindo capacidades físicas, antecipando acontecimentos, promovendo a participação) seja no alívio do mal-estar (assistindo as funções biológicas, aliviando o sofrimento emocional, promovendo a interação social e familiar e promovendo a espiritualidade (Jesus, 2010)). Esta é a razão por que o plano de cuidados deve ser particular e, apesar de as situações mórbidas poderem ser comuns, esse plano deve refletir uma situação única de cuidados.

Também o ambiente físico deve ser avaliado no sentido de poder ser orientado para o seu uso ótimo, por parte da pessoa doente. A independência da pessoa está frequentemente condicionada pelas condições ambientais da própria habitação - quarto de dormir, casa de banho, cozinha, sala, acessos - (Buchanan, 2000), bem como do ambiente externo. E quão importante se torna a sua gestão para a prevenção de quedas (Vu, Weintraub, & Rubenstein, 2004); (World Health Organization, 2007)! No já longínquo 1997 a OMS, na sua Assembleia Mundial de Saúde, lançou o movimento “Metas de saúde para todos no ano 2000” onde já se previam os cuidados complexos no domicílio: o chamado “internamento em casa”. Neste contexto, o que deve ser mais focado são as dificuldades da pessoa. Hoje essa é uma realidade ilustrada na panóplia de instrumentos de suporte de vida como: a Oxigenoterapia, a ventilação mecânica no domicílio, na gestão e toma da medicação (Sotto Mayor et al, 2014) entre outros. No entanto, esta transferência dos cuidados de um prestador profissional para um informal carece de conhecimento, acompanhamento e ligação a uma rede que dê segurança, na medida em que responde às solicitações e dúvidas das pessoas.

## ***Conciliar expectativas e realidades: o compromisso***

Muitas vezes o profissional de saúde, no seu exercício, confronta-se com familiares que acreditam que, hoje, já nada é impossível ao homem, querendo com isto significar que as pessoas não admitem que as situações de doença do seu familiar não tenham uma solução positiva, no sentido da cura ou do equilíbrio. Endeusam-se os profissionais porque têm o poder de curar e não se tolera o seu insucesso quando algo não corre de feição. Este mito da eficácia depressa resvala para o uso exagerado de recursos, sem que isso seja benéfico para a pessoa. Uma espécie de encarniçamento terapêutico pode surgir (Almeida, 2005). Valoriza-se, por isso, uma prescrição criteriosa e economicamente racional de métodos diagnósticos e de terapêutica, bem como a capacitação das pessoas para fazerem as melhores e conscientes escolhas. Deseja-se que os profissionais deem respostas ponderadas e com responsabilidade; que não lesem as pessoas mas que se mostrem justas para elas.

As pessoas e o ambiente estão fortemente associados, e esta interação deve ser tida em conta quando há disponibilidade para agir nas dimensões emocionais e de saúde mental como também nas físicas, nomeadamente para permitir o auto cuidado (ou a sua aprendizagem) nas distintas áreas. Na visita domiciliária, os cuidados devem ser sempre orientados para que a pessoa seja o protagonista, comande a ação e receba o apoio supletivo para se auto cuidar.

Jesus (2010), estudando os fundamentos teóricos dos cuidados de enfermagem no domicílio a adultos com dependência, realça a importância do fortalecimento da pessoa e do cuidador/familiar através de um processo de transmissão e apropriação de conhecimento e de habilitação instrumental, que tem reflexo a nível psicológico e faz as pessoas sentirem-se mais capazes.

Um dos desafios colocados aos profissionais de saúde é o de serem capazes de prever a medida ou o grau de recuperação da pessoa, que depende da sua intervenção. Em termos simples, signi-

fica dizer à pessoa qual a diferença que se opera pela sua ação profissional, isto é qual a mais-valia que, para ela, advém dos cuidados de enfermagem (Alves, 2012), por exemplo. Naturalmente que os resultados da investigação e a prática baseada na evidência são subsídios imprescindíveis para aquele desiderato. Refletir sobre a própria ação em visita domiciliária é uma ferramenta ao serviço da excelência do desempenho, que pode proporcionar um melhor apoio comunitário e representar melhores respostas em saúde.

### ***Processo de cuidados: Um caminho para o previsto e para o imprevisível***

O processo de cuidar deve ser organizado, continuado e avaliado. Documentar o contributo profissional dos enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2009), qualquer que seja o contexto onde atuem, é dar visibilidade à enfermagem, é mostrar o seu contributo no amplo campo da saúde dos cidadãos mas é também advogar pelo direito à sua plena cidadania. E este sentir é válido para outros profissionais que desenvolvam esta atividade, isto é, que façam visita domiciliária.

No intuito de documentar uma intervenção no domicílio, apresentam-se partes de um caso clínico, com internamento numa medicina, que elucidam o processo de cuidado e a aplicação do caminho percorrido, nas palavras de quem escreve.

### **Caso clínico**

O Sr. MP tem 58 anos de idade. Serralheiro numa fábrica de que é o patrão, reside em casa própria com a esposa a quem auxiliava nas tarefas domésticas. As duas filhas residem na mesma localidade e visitam diariamente os pais. A casa é de dois pisos estando o quarto de dormir no superior. Era independente nas atividades de vida pessoais e instrumentais, de acordo com informação do próprio e da família.

Tinha como antecedentes hipertensão, dislipidemia e fibrilhação auricular para os quais estava a fazer terapêutica medicamentosa que geria autonomamente. No entanto, mostra falta de conhecimento sobre aspetos relativos ao exercício físico e revela falta de motivação para reduzir o sal como tempero dos alimentos. Fazia apenas duas refeições por dia.

### ***História da crise atual***

Recorreu ao SU do Hospital Geral no dia 08/9/2014 ao apresentar diminuição da força muscular no membro inferior direito e desvio da comissura labial. Teve alta clínica e regressou no dia 10/9/2014, com agravamento do estado de saúde pois apresentava então disartria e diminuição da força muscular no hemisfério direito. Fez exames e análises que se revelaram congruentes com o estado atual. Ficou internado. Ia acompanhado pela esposa e pela filha.

### ***Avaliação inicial compreensiva***

Da avaliação multidisciplinar constatou-se estar lúcido e orientado alo e autopsíquica, com score de 15 na Escala de Comas de Glasgow (O4 V5 M6), sem queixas álgicas (grau 0 – escala numérica). Apresentava restantes parâmetros vitais estáveis. Pele íntegra, mucosas coradas e hidratadas. Quanto à função motora, o doente apresentava tónus normal (grau 0 na escala de Ashworth) no hemisfério esquerdo e direito, à exceção do membro superior direito, onde apresenta tónus aumentado no movimento de supinação (grau 2). A sensibilidade corporal encontra-se mantida, na vertente superficial (dolorosa, tátil e térmica) e profunda (proprioceativa). Quanto à força, o doente tinha força grau 5 no hemisfério esquerdo e força grau 0 no membro superior e grau 1 no membro inferior, à direita (escala de Lower). A coordenação apresentava-se mantida no hemisfério esquerdo (teste dedo/nariz, pegar na caneta

e calcâneo Joelho-tíbia), não sendo possível avaliar a mesma à direita.

O cálculo do índice de Barthel traduzia um score total de 0 pontos, o que demonstrava dependência em grau elevado nos autocuidados.

A escala de Morse era indicativa de ausência de risco de queda porque se encontra acamado, traduzindo a escala de Braden um elevado risco de úlcera de pressão.

Quanto ao equilíbrio, não foi possível avaliar porque o doente mantinha a prescrição de repouso absoluto no leito. O reflexo de deglutição encontrava-se mantido para todo o tipo de consistência dos alimentos, não existindo atraso no processo, nem riscos associados.

A esposa, diariamente, permanecia muitas horas na unidade de cuidados acompanhando o marido. Envolvia-se nos cuidados e queria ser capaz de ajudar o marido.

A 13 de setembro realizou levante para o cadeirão, com meias elásticas; e sentado mantinha o equilíbrio estático. O equilíbrio estático em ortostatismo encontrava-se alterado. Tinha tosse eficaz, produtiva, deglutindo as secreções. À auscultação pulmonar o murmúrio vesicular estava mantido, excetuando as bases pulmonares, onde o mesmo se encontrava ligeiramente diminuído. Apresentava ligeiros roncos no terço médio e inferior do tórax, denunciando secreções que eram mobilizadas com a tosse.

A pele não se encontrava íntegra, uma vez que apresentava duas pequenas flictenas (UPP categoria II) na região trocântérica à direita.

No dia 16 de setembro, tinha o tônus muscular normal em todos os segmentos corporais, à exceção do membro superior direito, que tinha tônus grau 1 à mobilização passiva, mas que traduzia melhoria do tônus muscular e regressão do risco de espasticidade. As

flictenas apresentadas na região trocantérica direita estavam reabsorvidas, não existindo novas lesões cutâneas.

No dia 17 de setembro estava estável, apresentando-se melhorado à auscultação pulmonar havendo diminuição dos roncosp. A tosse era eficaz e as secreções eram residuais. Mantinham ainda elevados níveis de dependência nas AVDs. Tinha alta prevista, com transferência para uma unidade de cuidados continuados.

### *Diagnósticos de enfermagem à saída do contexto hospitalar*

Da avaliação de enfermagem, pode perceber-se que o Sr. MP apresentou um elevado grau de dependência, pelo que se detetaram problemas/diagnósticos de enfermagem que evoluíram e que à alta hospitalar são os seguintes:

- Dependência moderada no autocuidado higiene pessoal (Autocuidado cuidar da higiene pessoal dependente)
- Dependência elevada no autocuidado vestir e despir (Autocuidado vestir e despir dependente)
- Dependência moderada no autocuidado uso do sanitário (Autocuidado usar o sanitário dependente)
- Mobilidade na cama comprometida (Autocuidado virar-se na cama dependente)
- Paresia dos Membros Superior e Inferior, direitos (Parésia dos membros superior e inferior direitos atual)
- Negligência do hemicorpo direito
- Autocuidado transferir-se comprometido em grau reduzido (Autocuidado transferir-se dependente)

- Risco de úlcera de pressão – moderado (Úlcera por pressão risco)
- Risco de queda (Queda risco)
- Falta de conhecimento sobre o regime alimentar (Conhecimento sobre a saúde, dieta, diminuído)

### *Planear a intervenção*

Os problemas aqui identificados foram tidos em conta na intervenção estabelecida para o indivíduo, para que os cuidados prestados fossem holísticos, na medida do possível, porque os contextos, mesmo limitando as respostas, permitem o aumento da autonomia, e por conseguinte, a melhoria da funcionalidade. Os cuidados foram perspetivados na continuidade de cuidados no domicílio.

Na entrevista antes da alta, realizada ao doente e esposa, foram confirmadas outras dificuldades que o enfermeiro e outros profissionais já vinham identificando.

A esposa referiu que precisava de ajuda para auxiliar o marido no auto cuidado e, por isso, identificou-se o défice de conhecimento da esposa cuidadora sobre o modo de os realizar. Mostrava risco de *stresse* pela mudança de ambiente porque a sua casa não estava adaptada, mas também pela gestão do ambiente no quarto de dormir porque considerava que seria mais seguro para o marido terem camas separadas e com isso mostrava também ansiedade moderada. Verbalizou que estava satisfeita pela alta e que tinha expectativa de conseguir gerir as dificuldades, com a ajuda das filhas.

O Sr. MP desejava muito voltar para casa onde sabia que ia melhorar. Preocupava-se com a sua independência e por isso estava disposto a “tudo” para voltar a ser como era, incluindo voltar a ter capacidade para a atividade laboral e a ser capaz de gerir a sua vida e tomar decisões. Mostrava-se preocupado com as mudanças no ambiente, como também com o retomar da sua atividade sexual.

## *Adequar a ação*

Não se faz aqui a abordagem de todo o contexto comunitário que a díade doente-cuidador informal (esposa ou outro familiar) foram viver, porque era uma fase de transição do hospital para a comunidade, no regresso a casa.

O esquema que abaixo se apresenta elenca os diagnósticos de transição e ainda outros, novos, que correspondem à mudança para o ambiente natural da pessoa, que carece de ser adaptado. Não se explicitam as intervenções porque elas devem ser contextualizadas. Sabe-se que os profissionais na comunidade são capazes de mobilizar doentes e famílias/ cuidadores num projeto mais amplo de excelência de cuidados.

Haverá, então necessidade de um ajuste, de um novo olhar sobre a situação, com recurso a instrumentos específicos como os Apagar e avaliação familiar - exemplo: Modelo de Calgary (Figueiredo & Martins, 2010) entre outros, para que a família possa ser ajudada a bem cuidar, no contexto domiciliário e comunitário. Este é um compromisso social e não apenas familiar. O quadro seguinte exemplifica os diagnósticos e objetivos a atingir na passagem para o domicílio e que orientarão a ação do profissional de saúde no momento de visita.

Quadro: Diagnósticos e Objetivos na passagem para o domicílio (1)

Diagnóstico	Objetivos (para doente e cuidador)	Recursos		
		Ação	Pessoais	Materiais
Do Doente				
Dependente no autocuidado banhar-se, em grau moderado	Ter capacidade para autocuidado efetiva, na casa de banho	Gerir ambiente na Casa de banho Assistir na transferência para o poliban Instruir sobre técnica do banho Assistir no Banho....	Próprio e a esposa	Adaptações no ambiente
Dependente no autocuidado: Vestir-se/despir-se e arranjar-se em grau elevado.	Ter capacidade para autocuidado vestir-se e despir-se em grau moderado Ter garantido cuidados de arranjo pessoal (barbear-se).	Assistir a vestir e a despir Instruir na técnica de vestir/despir Instruir na técnica de calçar-se Assistir a pentear-se	Próprio, esposa (CI) e cuidador formal (CF)	Técnicas específicas para vestir/despir e arranjar-se. Materiais adaptados
Dependente no uso do sanitário em grau moderado	Ter capacidade para autocuidado efetiva, para usar sanitário na casa de banho	Monitorizar a eliminação vesical e intestinal Estabelecer programa de eliminação intestinal Assistir na ida ao sanitário Aprender a urinar	Próprio e a esposa	- Casa de Banho adaptada
Mobilidade na cama Comprometida	Ter capacidade efetiva para se mobilizar na cama	- Instruir sobre a técnica de mudança de posição - Assistir na mudança de posição	Próprio e esposa.	-Meia barra lateral para a cama
Autocuidado transferir-se, em grau reduzido	Ter capacidade para se levantar e transferir para a cadeira.	- Instruir na técnica de transferência - Assistir na transferência para a cadeira com braços	Próprio e CI	Técnica de transferência Cadeira com braços
Paresia dos Membros superior e Inferior direitos	Ter capacidade para se mobilizar Aumentar a força muscular nos membros direitos	- Posicionar em padrão antispástico; - Abordar pelo lado direito - Executar técnica de mobilização articular	Próprio CI e CF especializado	Centro de reabilitação; Habitação do próprio

Negligência do hemicorpo direito	Integrar o hemicorpo direito no esquema corporal	- Abordar pelo lado direito; - Assistir na correção postural - Executar exercícios de estimulação sensitiva	Próprio, CI; CF	Rearranjo da cama e mesa de cabeceira
Risco de úlcera por pressão, moderado	Reduzir o risco de UPP	- Monitorizar o risco de UPP - Mudança de posição frequente Assistir na Técnica de Push Up	Esposa, próprio, cuidador formal	Escala de Braden; Colchão de pressão alterna; Almofada na cadeira;
Risco de queda elevado	Reduzir o risco	Monitorizar o risco de queda; Gerir proteções na cama Assistir na transferência; Assistir na deambulação	CI; Esposa, próprio CF	Adaptações no ambiente Mudança do QD para o 1º andar Mover obstáculos
Falta de conhecimento sobre o regime alimentar	Conhecer o regime alimentar adequado	Educar sobre o programa alimentar (PA); Instruir sobre alimentos/nutrientes a reduzir/ eliminar do PA Instruir sobre o PA	Esposa, Próprio, Cuidador formal (enfermeiro/ nutricionista)	Materiais e técnicas personalizadas
Capacidade de desempenho laboral comprometida (capacidade atual)	Capacidade de desempenho laboral efetiva (adaptada)	-Executar programa de reabilitação global e compreensivo que permita a reabilitação laboral - Avaliar a necessidade/ possibilidade de reconversão*	Próprio; Técnico de reabilitação laboral	Adaptações ao posto de trabalho
Falta de conhecimento sobre comportamento sexual	Conhecimento sobre comportamento sexual efetivo.	- Avaliar a atividade de vida em contexto; -Avaliação por especialista	Próprio; esposa e CF especializado	

O quadro seguinte apresenta o plano traçado para ajudar a esposa para simultaneamente cooperar para a tornar capaz para o seu papel de cuidadora, uma vez que o doente ainda se encontra dependente.

Quadro: Diagnósticos e Objetivos na passagem para o domicílio (2)

Diagnóstico	Objetivos (para doente e cuidador)	Recursos		
		Ação	Pessoais	Materiais
Da esposa				
Ansiedade Moderada	Ansiedade Reduzida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer relação terapêutica</li> <li>- Assistir na gestão do <i>stress</i></li> <li>- Instruir sobre medidas de gestão do <i>stress</i></li> <li>- Apoiar no estabelecimento de rede de apoio</li> </ul>	Própria, Cuidador formal; Rede de apoio	
Risco de <i>stresse</i> por mudança de ambiente	Reduzir o <i>stresse</i> Criar segurança ambiental adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o estado emocional (CF)</li> <li>- Apoio de rede de cuidadores</li> <li>- Apoiar/aliviar o cuidador informal</li> <li>- Informar sobre recursos da comunidade</li> <li>- Informar sobre as mudanças no ambiente e acesso da casa (barreiras)</li> </ul>	Própria, técnico especializado da edibilidade CF	Recursos para adaptação do ambiente e acesso à casa.
Falta de conhecimento sobre os autocuidados	Conhecimento para o autocuidado, adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar para o autocuidado</li> <li>- Desenvolver programa de capacitação do cuidador</li> </ul>	Própria e CF	Programa de capacitação do cuidador informal
*diagnóstico a ser avaliado e operacionalizado durante o processo de reabilitação Nota: Os diagnósticos aqui elencados não têm todos a mesma temporalidade e por isso precisam da avaliação atenta e compreensiva dos profissionais no sentido de os detetar e de agir precocemente.				

No quadro acima verifica-se a multidimensionalidade da intervenção e os atores envolvidos para que a reabilitação de um

adulto, que sofreu uma crise de dependência, possa ser uma realidade. É preciso especificar a sequência com que os objetivos devem ser alcançados de modo a que representem o envolvimento da pessoa e família e sejam exequíveis. Num processo repleto de novas aprendizagens sobre técnicas e sobre a observação, a família vai desenvolvendo competências no cuidado ao seu elemento doente, sob monitorização do profissional.

As ações mais comuns serão no âmbito de educar(-se); gerir o ambiente; abordar a pessoa pelo lado hemiplégico; avaliar, monitorizar, instruir, treinar, executar técnicas de exercício; mudar de posição; transferir (se), realizar múltiplos treinos dentre estes: o treino de equilíbrio e o treino vesical e intestinal; ajudar, apoiar, avaliar; monitorizar riscos, e elogiar.

Não se foca apenas na dimensão da funcionalidade física, mas no global do ser humano, que deseja e quer continuar a ser feliz, a ter bem-estar e qualidade de vida, enquanto cidadão válido numa sociedade inclusiva.

## **Conclusão**

Finalmente, espera-se que este capítulo seja um ponto de partida para a discussão e para a reflexão sobre os cuidados de enfermagem no contexto amplo da saúde, nomeadamente na visita domiciliária, e deste modo um contributo para a abordagem multidimensional e interdisciplinar nesse contexto como noutros em que os enfermeiros enquanto profissionais de primeira linha são chamados a intervir.

A saúde deve ser promovida pela adoção de comportamentos salutogénicos. A expectativa da pessoa adulta, quanto aos episódios de doença é que sejam benignos e transitórios. Contudo, isso nem sempre acontece e muitas vezes se transformam em situações crónicas. O objetivo a perseguir é o da independência mesmo que apoiada em recursos da comunidade. Regressar ao próprio lar é um desejo mantido pela maioria das pessoas. Tal situação, pressupõe que os cuidados sejam prestados no domicílio e sejam o mais

completos possível, pela intervenção transdisciplinar de equipas focalizadas na qualidade de vida e no bem-estar.

O enfermeiro está entre os profissionais que interferem no plano de cuidados e que deve fundamentar-se numa filosofia de continuidade e de reabilitação. Esta deve ser vista nas múltiplas dimensões porque se pretende uma reabilitação global que inclua os aspetos estruturais e funcionais mas também a participação e a segurança, desiderato que se consegue no processo de visita de um adulto com dependência.

O adulto dependente precisa de um contexto familiar securizante onde os cuidadores informais têm as condições para apoiar o seu familiar doente. Este processo gera dinâmicas complexas seja do ponto de vista físico seja emocional e nesse sentido os processos educativos organizados são elementos essenciais. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, multifacetados, com formação nas várias áreas de intervenção devem, a par de outros profissionais, agir para capacitar a pessoa doente e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores.

Há todavia um conjunto de outras situações que são de alta morbilidade e mortalidade como é o caso do cancro e que pelas suas características requer a presença intensa dos profissionais de saúde. O cancro subsiste como uma entidade com características que o coloca como um dos mais graves e temíveis problemas de saúde no mundo contemporâneo e para o qual a ciência ainda não dispõe de uma resposta absoluta. Se bem que na última década tenha havido um franco progresso na prevenção e tratamento do cancro, a sua incidência continua a aumentar e que por serem de longa duração requerem a presença dos profissionais de saúde em casa, nomeadamente os enfermeiros e, por isso, no capítulo seguinte incluímos uma abordagem a este tema com recurso a um caso clínico.

## Referências bibliográficas

- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91–96. Retrieved from <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 10–18.
- Bengt, L., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238–244. doi:doi:10.1093/heapro/dal016
- Buchanan, L. (2000). Enfermagem de reabilitação na Comunidade. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo* (2ª ed., pp. 127–144). Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro* (pp. 1–46). Lisboa. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI - v.FINAL Referencial do Enfermeiro - Abril 2009.pdf>
- Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. D. S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(3), 552–559. doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559
- Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo* (2ªed ed., pp. 161–172). Loures: Lusociência.
- Kennel, S., & Maxwell-Thompson, C. (2011). População com compromisso da Funcionalidade. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), (7ª ed., pp. 717–744). Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde Dos Fundamentos à ação* (p. 338). Coimbra: Almedina.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família O doente com AVC* (p. 296). Coimbra: Formasau.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kleimen.

Ministério da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2013 Versão Resumo. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed., pp. 302–330). Loures: Lusoditacta.

Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais Dando Voz às experiências vividas* (p. 185). Loures: Lusociência.

Rato, H. (2013). *Relatório da OCDE*. Lisboa. Retrieved from [http://www.dgap.gov.pt/upload/Estudos/Analise\\_critica\\_Relatorio\\_OCDE.pdf](http://www.dgap.gov.pt/upload/Estudos/Analise_critica_Relatorio_OCDE.pdf)

Vu, M. Q., Weintraub, N., & Rubenstein, L. Z. (2004). Falls in the nursing home: Are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(6), 401–406.

World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age* (p. 53). Geneve. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>