



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



TITULO: CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR

EJE: MESA DE TRABAJO 3. EXTENSIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

AUTORES: CASTRO, E. A. B.; CHAGAS, D. N. P.; REZENDE, E. S.; PEREIRA, T. F. V.; GASPAR FILHO, J.; CRUZ, H.O.

REFERENCIA INSTITUCIONAL: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (HU-CAS/UFJF)

CONTACTOS: ednabdecastro@hotmail.com; denicyufjf@yahoo.com.br;

e.soares.r@hotmail.com; tatazinha.fv@gmail.com.br; jarbas.gaspar@ufff.edu.br; hd.cruz@uol.com.br

RESUMEN

O Projeto de extensão surgiu em 2009, a partir da observação da crescente demanda por atendimentos de enfermagem de alta complexidade por adultos e idosos hospitalizados nos Hospitais da cidade de Juiz de Fora-MG, para tratamentos clínicos. Pesquisas prévias, como o estudo de Castro (2005) e apontados por Barata et al (2004) evidenciaram que as necessidades de cuidados de enfermagem após a alta, quando não atendidas, acarretam agravamento do estado de saúde, sobrecarga emocional e outras internações, gerando sofrimento ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua família. Criou-se, então esse projeto que tem como objetivos: orientar e apoiar o auto-cuidado junto a adultos/idosos usuários do SUS com necessidades de cuidados e procedimentos de enfermagem de média e alta complexidade ambulatorial, possíveis de serem realizados em casa; garantir a autonomia do cuidado pelo paciente e família; minimizar os sofrimentos da família que necessita de cuidar de um membro doente em casa; ampliar a participação do usuário e família no processo de cuidar de saúde; estimular a integração entre a equipe de enfermeiros da atenção secundária com as equipes da atenção primária e terciária com vistas a integralidade do cuidado de saúde e de enfermagem. O projeto acontece por meio do desenvolvimento da consulta de enfermagem que compreende as seguintes fases: uma etapa inicial que é o histórico; identificação de diagnósticos de enfermagem, adotando a Taxonomia da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), aplicados à prática clínica conforme Carpenito (2005); implementação das ações de orientação e ensino do autocuidado; e evolução de enfermagem em prontuário eletrônico padronizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-CAS/UFJF). O atendimento ocorre todas segundas-feiras das 13 às 17 horas e o agendamento é por telefone, sendo o acesso por meio de encaminhamento médico, enfermeiro ou de qualquer outro profissional da saúde da rede SUS. A equipe que integra o projeto é formada por docente, pesquisadora,



por dois enfermeiros do serviço, duas residentes de enfermagem e uma aluna da graduação em enfermagem, bolsista de extensão. O trabalho desenvolvido possibilita ao enfermeiro implementar uma modalidade de atendimento ao usuário e familiares, de forma ativa no processo de saúde-doença, possibilitando aos mesmos conviver com a doença, melhorar a qualidade de vida e continuar produtivo dentro dos limites permitidos. A atuação da enfermagem possibilita melhorar a qualidade de vida do indivíduo pós alta hospitalar, incentivar a participação da família no tratamento, promover educação em saúde e atender o paciente na sua integralidade.

Descritores: Consulta de enfermagem, autocuidado, educação em saúde, saúde da família.

DESARROLLO

1 Revisão da Literatura

Um dos maiores desafios que a enfermagem, enquanto uma ciência aplicada, é compreender como intervir em processos de cuidados que se encontram fora da égide do sistema de saúde, ou seja, da oferta de cuidados institucionalizados. Especialmente, quando tais cuidados localizam-se na esfera que envolve o “apoiar” ou atender as necessidades de educação e ensino para o autocuidado para além do indivíduo, com vistas à saúde da população. Sobretudo, o desafio evidencia-se no contexto do ensino e da prática de processos educativos e ensino do autocuidado pelo enfermeiro, com o objetivo de intermediar o alcance de metas específicas de diagnósticos de enfermagem. Todavia, a resolubilidade específica no contexto de uma prática sistematizada, que parte de diagnósticos de enfermagem, ainda requer estudos pormenorizados.

Castro (2005) destacou a existência de uma lacuna no contexto da assistência hierarquizada no SUS, evidenciando a premente necessidade de diálogo no interior da rede de serviços de atenção primária, secundária e terciária, a fim de se obter a integralidade do cuidado de enfermagem. Entende-se, que primeiramente é necessário obter-se a compreensão de tais processos no interior da profissão, para que, posteriormente, possa fazer-se a interface com os conhecimentos e práticas no processo de trabalho em equipe.

Outro aspecto que se destaca é a necessidade de integração entre o ensino e a prática profissional em enfermagem, com vistas aos avanços inerentes a construção de conhecimentos, além de flexibilização na formação curricular do aluno de graduação e de pós-graduação.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



O estudo de Castro (2005) descreve que o enfermeiro da unidade de internação tem potencial para identificar, no momento da alta, a compreensão das condições cognitivas e perceptuais de paciente e família, segundo o contexto cultural local acerca do processo de cuidar de um doente em casa. Todavia, este profissional pode iniciar orientações específicas e proceder a encaminhamentos afim de que o processo de ensino aprendizagem se efetive em outros pontos da rede, e tanto usuário como família obtenham o alcance de suas metas de saúde; controle dos agravos e/ou convivência com tratamentos. Nesse sentido as orientações no momento da alta, seguidas de ensino do autocuidado e o acompanhamento em nível ambulatorial têm evidenciado ser um momento importante para a convivência cotidiana, pela família, com as necessidades de cuidado.

As orientações e os encaminhamentos no interior do Sistema de Saúde, de como prosseguirem com o cuidado do familiar após a alta nos tem permitido observar o desenvolvimento de um grau de insatisfação na família, que, por vezes, se encontra insegura, com medo sem saber a quem ou aonde recorrer no interior do SUS. Ressalta-se, ainda, que o paciente ou seu familiar ou membro cuidador, recebem a alta sem os conhecimentos técnicos necessários para exercer o cuidado especializado em casa.

Toda e qualquer interação com os usuários de saúde deve ser vista como uma oportunidade de promover atitudes e comportamentos de saúde positivos. Planejar com eles, intermediando no processo de aprendizagem junto a eles, que possuem as metas de manutenção da saúde ou de controle de agravos.

Quando a intenção no momento da alta hospitalar é a de “ensinar” o autocuidado ou as estratégias de como obter resolubilidade da situação-problema o acompanhamento profícuo do andamento da prática desse cuidado ensinado (seja pelo profissional de saúde especializado, seja por uma equipe experiente) mostra-se como fundamental. Entretanto, observa-se um baixo comprometimento por parte dos profissionais para com essas ações e isso parece estar relacionado com a ausência de uma definição do que deve ser ensinado e praticado pela família e na ausência de acompanhamento e avaliação do que a família, de fato, tem condições de realizar. A consulta de enfermagem tem se mostrado como um instrumento que possibilita ao enfermeiro intermediar o processo de autocuidado.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



Vimos seguindo os seguintes passos desse processo: 1) realização do histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem (adotando a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da *NANDA*, considerando a aplicação à prática clínica do enfermeiro descrita por Carpenito-Moyet (2005); 2) o planejamento e implementação das ações e a evolução. Consideramos que essas etapas são de extrema importância para guiar a consulta de enfermagem.

No histórico de enfermagem, o processo de ensino-aprendizagem, está direcionado à coleta de dados sobre as necessidades de aprendizagem do indivíduo, prontidão para aprender e necessidades da família. A partir daí faz-se o diagnóstico de enfermagem que servirá de guia para o planejamento de ensino, estabelecendo as prioridades e especificando metas de acordo com os diagnósticos levantados.

Na implementação, paciente, família e equipe de enfermagem realizam atividades coordenadas pela enfermeira. Aqui é importante permanecer flexível e avaliar continuamente as respostas dos mesmos quanto às estratégias de ensino, fazendo alterações no planejamento se o enfermeiro julgar necessário.

Carpenito (2005) ressalta que o enfermeiro não deve providenciar medidas de cuidado durante a consulta, mas investigar as técnicas adaptativas que permitam uma maior participação e independência possível por parte do paciente nas suas atividades de autocuidado, diz ainda que, o autocuidado não implica permitir que a pessoa faça “coisas, por si mesma” conforme planejadas pelo enfermeiro, mas encorajar e ensinar a pessoa a fazer seus próprios planos para a vida diária ideal. Segundo a autora, o autocuidado enfatiza o direito de cada pessoa manter o controle individual sobre o seu próprio padrão de vida e através do aumento da capacidade para realizá-lo, os sentimentos presentes nos pacientes como os de dependência, baixo conceito, negação, raiva e frustração são amenizados.

Antes, então, de nos determos à identificação de quais estratégias de ensino-aprendizagem adotarmos, faz-se necessário identificar as condições e ambientes favoráveis a esse processo, bem como reforçar a importância e a necessidade de acolhimento que vise à obtenção de vínculo do conjunto “paciente-família” por uma equipe



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



que lhe fará o acompanhamento das condições de saúde mediante uma pactuação prévia no interior do sistema de saúde, sobre quais cuidados é *lícito* delegar-lhes.

No que se refere ao ambiente e condições ideais, algumas considerações podem ser levantadas: antes da ação de orientar seja o paciente um ou mais membros da família ou ambos durante a alta, alta, devemos considerar este momento como sendo um momento de ansiedade, que pode variar de leve a intensa. Portanto, não propício à aprendizagem de ações de cuidados que requerem procedimentos, segundo os critérios técnicos do cuidado institucionalizado com orientações científicas, como por exemplo: ensino do manuseio da sonda instalada na narina; o preparo e administração da dieta, curativos simples, aferição de pressão, aplicação de insulina, manuseio de nebulizações e de oxigenoterapia, de cateterismo vesical intermitente, considerando o que pode e deve ser delegado ao paciente ou família. É importante estar atento às respostas frente a notícia da alta e as necessidades prementes do paciente e família, segundo suas metas de manutenção de saúde e de qualidade de vida. Cada família apresenta suas especificidades em relação aos conhecimentos necessários para a prática de cuidados, não cabendo uma generalização. Por isso, a avaliação pormenorizada das necessidades de aprendizagem deve iniciar-se desde a admissão no hospital.

De acordo com Carpenito-Moyet (2009), podemos considerar que apresentam déficit de conhecimentos, as pessoas ou grupos com deficiência no conhecimento cognitivo ou nas habilidades psicomotoras relativas à condição ou ao plano de tratamentos. Considerando o pensamento dessa autora, não podemos considerar que déficit de conhecimentos seja uma resposta humana, uma alteração ou um padrão disfuncional, mas como um fator que pode estar relacionado com uma multiplicidade de respostas humanas a um adoecimento ou tratamento. Segundo Carpenito-Moyet (2009) é importante que o profissional esteja atento às características vindas das respostas humanas ao processo de adoecimento ou ao tratamento, como por exemplo, quando o paciente ou seu acompanhante expressam percepção incorreta acerca do estado de saúde ou não desempenham corretamente um comportamento de saúde prescrito ou desejado. O paciente ou familiar verbalizam a deficiência de conhecimentos e explicitam a necessidade



de desenvolver uma habilidade para cuidar ou ainda solicitam informações sobre como atingir suas metas.

Outras características, consideradas como definidoras de um estado de déficit de conhecimentos e que podem estar presentes são: a falta de integração, por parte do paciente ou família, do plano de tratamento às atividades da vida diária e quando estes exibem ou expressam uma alteração de natureza psicológica, como por exemplo, de ansiedade ou de depressão, que podem ser resultantes da falta de informação ou de estarem lidando com uma informação incorreta. Essa autora complementa que a falta de conhecimento pode contribuir para uma variedade de respostas, como por exemplo, a ansiedade, os déficits de autocuidados, a recusa, entre outras. Todos nós temos déficits de conhecimento, entretanto, enquanto profissionais de saúde, torna-se fundamental desenvolver a habilidade de identificar quando essa falta de conhecimento causa ou pode causar problema na evolução do estado de saúde daqueles de quem cuidamos.

No estudo da vida após a alta, Castro (2005) evidenciou a existência de uma exaustão dos familiares nas primeiras semanas após a alta. O modo aflito e desordenado com o qual investem no 'obrigatório' ato de cuidar em casa, buscando ajudas de vizinhos, contribuem para uma compreensão da desassistência notada a partir dessa lacuna assistencial, colocando em evidencia a relação entre a necessidade de cuidados de paciente-família e a resolubilidade que se encontra sobre responsabilidade técnica de profissionais de saúde.

2 Objetivos

- Realizar consultas de Enfermagem visando orientar, ensinar e apoiar o autocuidado junto a adultos/idosos, familiares e cuidadores, usuários do SUS, com necessidades de cuidados e procedimentos de enfermagem de média e alta complexidade ambulatorial, possíveis de serem realizados em casa;
- Levantar as necessidades de cuidados de enfermagem dos usuários do SUS atendidos após a alta hospitalar do Hospital Universitário da Universidade Federal de



Juiz de Fora (HU-CAS/UFJF), pelo ambulatório do autocuidado desenvolvido no Cento de Atenção à Saúde (HUCAS-UFJF);

- Analisar o potencial do paciente e da família frente às necessidades de autocuidado após a alta hospitalar, identificando situações que extrapolam as condições da Família, que requerem atenção institucionalizada no domicílio ou mesmo de internação domiciliar, buscando-se a interlocução com a rede de atenção à saúde;
- Classificar os graus de dependência de cuidados dos pacientes atendidos segundo os parâmetros de avaliação da *Síndrome do Déficit de Autocuidado* propostos por Carpenito-Moyet (2009), considerando-se os eixos da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorotheia Orem (1994);
- Identificar os diagnósticos de enfermagem da *NANDA* mais incidentes, em adultos dependentes de cuidados de enfermagem, atendidos pelo ambulatório do autocuidado após a alta hospitalar desenvolvido no Centro de Atenção à Saúde (HU/CAS-UFJF);

3 Metodologia de trabalho

O Projeto de extensão denominado “Consulta de Enfermagem para o autocuidado após a Alta Hospitalar” implantado no HU/CAS-UFJF” tem por objeto o desenvolvimento de orientações, ensino do autocuidado, complementadas por ações educativas em grupo e visitas domiciliares (VD), junto a indivíduos e famílias que recebem alta hospitalar. O atendimento ocorre todas segundas-feiras das 13 as 17 horas e o agendamento é por telefone, não necessitando de encaminhamento médico.

A consulta de enfermagem compreende as seguintes fases: uma etapa inicial que é o histórico (entrevista e exame físico); identificação de diagnósticos de enfermagem (Taxonomia da NANDA); implementação das ações de orientação, ensino do autocuidado (com demonstrações e acompanhamento quando houver procedimentos clínicos a ser



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



realizado pelo próprio paciente ou familiar que cuida), e, finalmente os registros (evolução de enfermagem), em prontuário eletrônico padronizado no HU-CAS/UFJF (avaliação contínua).

O histórico é realizado por meio de um formulário que capta os dados do paciente e família. Estes servem de base para o enfermeiro identificar as necessidades de cuidados que requerem intervenções específicas de ensino do autocuidado e avaliar o grau de dependência e o potencial do paciente e família. Nesta fase, pesquisadores, enfermeiros e estudantes desenvolverão habilidades de observação, interação, comunicação e escuta. Buscarão apoiar-se em diretrizes clínicas de cuidados de enfermagem desenvolvidas a partir do referencial teórico proposto pelo projeto.

O exame físico de enfermagem incluindo as técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma focalizada, com o registro das alterações encontradas, complementará a fase de levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente, permitindo ao enfermeiro confirmar as características definidoras de diagnósticos de enfermagem, subsidiando-lhes a tomada de decisão acerca das ações/conduitas recomendadas ou prescritas.

O enfermeiro após a análise dos dados levantados no histórico identificará as necessidades dos pacientes e/ou da família, o grau de dependência, definindo o que são os problemas de enfermagem que requerem cuidados específicos. Neste projeto usa-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem propostas pela NANDA conforme aplicação à prática clínica por Carpenito-Moyet (2009).

As ações que compõem o processo de intervenção do projeto faz parte de um plano de cuidados elaborado em conjunto com paciente e família. No caso em questão, serão prioritariamente ações que envolvem o processo educativo. Incluem-se as estratégias específicas do processo ensino aprendizagem, como: explanação, demonstração, atividades em grupo, dentre outras. Em todas elas o paciente situa-se numa condição de educando, sujeito ativo de seu processo educativo e de cuidado de saúde.

Na consulta de retorno o enfermeiro registra os avanços e retrocessos em relação aos registros anteriores, após a avaliação do estado geral atual do paciente. No histórico de



retorno constam os problemas novos identificados e uma síntese dos resultados envolvendo as facilidades ou dificuldades encontradas pelo paciente para colocar o plano de cuidados em prática.

Confirmada a autonomia dos sujeitos em seu próprio processo de cuidar será dada a alta do ambulatório procedendo-se ao preenchimento de contra-referência para a enfermagem da Unidade Básica de Saúde da região de abrangência em relação ao endereço do usuário.

No decurso das Consultas de Enfermagem, caso sejam identificadas situações que requeiram intervenções ou orientações específicas, cuja resolução encontra-se na competência de outros profissionais de saúde, o paciente será encaminhado segundo a trajetória orientadora da assistência no SUS, ou seja, à Equipe de Saúde da Família da área de abrangência, para avaliação e condutas cabíveis.

4 Justificativa:

O referido projeto apoiou-se na pesquisa “A vida após a alta”, desenvolvida em 2005 na forma de uma tese de doutorado, e subsidiou a iniciativa, tendo em vista que a mesma identificou que o apoio ao autocuidado de pacientes, família e cuidadores após uma alta hospitalar evidencia-se como uma lacuna no âmbito da rede de atenção à saúde no SUS. Dentre outros aspectos, a pesquisa apontou a existência de uma gama de necessidades de procedimentos e cuidados especializados pelos usuários do SUS que não se incluem como objeto de trabalho do enfermeiro da atenção primária, ficando o usuário na dependência da assistência especializada, oferecidas por Unidades de Pronto Atendimento, ambulatórios hospitalares especializados.

O estudo de base da extensão, concluiu que as necessidades de cuidados de enfermagem após a alta, quando não atendidas, acarretam agravamento do estado de saúde, outras internações, gerando sofrimento ao usuário e a sua família. Além da sobrecarga emocional a ocasiona sobrecarga ao sistema de saúde. Cuidados como, por exemplo: manuseio da pessoa com mobilidade física prejudicada, que requer aprendizagem para o manuseio em transportes, higiene e prática das rotinas habituais da vida diária,



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



manuseio do processo de administração da nutrição enteral ou parenteral, manuseio das necessidades de eliminação urinária (incluindo o cateterismo uretral), a auto aplicação de insulina, a adesão a uma complexidade terapêutica; o cuidado com feridas, estomas, oxigenoterapia, cuidados pós-operatórios, dentre outras.

Esse conjunto de necessidades de cuidados e de procedimentos especializados não se inclui como objeto de trabalho do enfermeiro da atenção primária, ficando o usuário na dependência da assistência de enfermagem especializada, e nem sempre a obtêm.

Além das necessidades dos usuários e de suas famílias, no campo do avanço tecnossistencial das práticas profissionais, nota-se que existe uma necessidade premente de diálogo entre os profissionais da rede assistencial no SUS (atenção primária, secundária e terciária), a fim de se obter a integralidade do cuidado, prevista pela Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Propõe-se então, o atendimento especializado de enfermagem com o paciente, familiar (ou cuidador), usuário do Sistema Único de Saúde que recebeu alta hospitalar, com necessidade de realizar cuidados e/ou procedimentos após a alta.

Os atendimentos, na forma de consulta de enfermagem, se orientam pela Teoria do Auto-Cuidado de Dorotéia Orem e os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA -*North American Diagnoses Association*, aplicado à prática clínica segundo a orientação de Carpenito-Moyet (2010), estudiosa do processo de trabalho do enfermeiro a partir dos diagnósticos de enfermagem¹.

Os atendimentos individualizados para o autocuidado complementar-se-ão sessões educativas em grupo, e, em algumas situações, serão realizadas visitas domiciliares para orientação, acompanhamento e controle da realização dos cuidados no próprio domicílio. As visitas domiciliares serão realizadas buscando-se, além do acompanhamento para avaliação e controle, a interlocução com o enfermeiro da atenção primária da região de abrangência do domicílio.

Desta forma, propõe-se, de modo associado, a investigar a relação existente entre a necessidade de aprendizagem e de apoio para o autocuidado, a implementação dos

¹ Adaptação teórica dos Diagnósticos de Enfermagem da taxonomia da NANDA à prática clínica do enfermeiro.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



cuidados para a manutenção da saúde no domicílio, no contexto da rede de serviços de saúde, por adultos que receberam tratamentos complexos (em ambiente hospitalar) e a oferta do ensino e apoio ao autocuidado pelo Projeto de Extensão.

Faz-se necessária uma avaliação consistente considerando que essas primeiras respostas encontram-se numa esfera de ansiedade, antes de decidir-se por um protocolo de orientação e/ou de ensino do autocuidado. O ideal, talvez seja a família obter os cuidados especializados nesse primeiro momento à medida que progride o vínculo profissional-paciente e se observe o alívio da ansiedade inicial, facilitando o discernimento sobre quais cuidados poderá delegar e para tanto, e conseqüentemente, ensinar a família a cuidar.

Uma das questões que nos implica é identificar no contínuo da espiral de cuidados hierarquizados, segundo a complexidade, a qual equipe caberia o monitoramento de um plano de cuidados após a alta hospitalar. A distribuição de responsabilidades entre as equipes de saúde considerando as competências e habilidades dos profissionais de saúde, segundo os níveis de atenção precisaria considerar a complexidade que envolve cada caso e a chave parece ser o estabelecimento de uma forma de diálogo entre as equipes. Além disso, os conhecimentos sobre o processo de ensino-aprendizagem com suas ferramentas tornam-se fundamentais para se associarem a outras do arcabouço clínico-assistencial.

A motivação para o estudo do tema “orientações” e “ensino de cuidados” ao paciente e a família no momento e após a alta hospitalar ampliou-se através do estudo de Castro (2005). O cuidado de saúde após a alta, sob a ótica da família que cuida, considerando a experiência de cuidar estabelecida entre as pessoas (os próprios doentes ou membros da família responsáveis pelo cuidado) e a premente necessidade de cuidados especializados após a alta hospitalar foi o foco do estudo, que apontou uma considerável lacuna entre a prática de cuidados de enfermagem da atenção hospitalar e os da atenção primária.

Partindo-se do referido estudo, tem-se que a internação hospitalar mostra-se como um processo vivenciado no contexto do adoecimento, que desencadeia modificações na dinâmica familiar, de dimensões e naturezas variáveis, contribuindo para se estabelecer o modo em que se dão as relações posteriores com a rede de serviços de saúde. Ao ser



admitido no hospital, numa UTI, por exemplo, a entrada do usuário no Sistema de Saúde, fica bem demarcada, mas a manutenção dele, a sua trajetória, tipo e qualidade dos vínculos até a sua saída, parecem não estar bem compreendidos e implementados na prática.

Uma importante frente de cuidados evidenciada por aquele estudo foi a necessidade de “orientação” e de ensino para o autocuidado. Essa necessidade da família reporta-nos ao processo de cuidar em saúde com enfoque para as orientações fornecidas no momento da alta, com posterior prática de ensino e monitoramento do autocuidado. A não observação da prática dessas ações de modo sistematizado pelas equipes de saúde chamou-nos a atenção por pelo menos dois motivos: primeiro, pela atual fase do Sistema de Saúde, imediatamente posterior à sua implantação, estar sendo designada pelas políticas de saúde, como sendo de “consolidação do SUS”.

Outras questões que se levantam relacionam-se a adesão ou aderência aos planos de autocuidado: como o paciente e família internalizam o conhecimento sobre o autocuidado e o manifestam na forma de comportamentos para elevar o nível de saúde? O que acontece no interior de casos em que se identifica um processo de manutenção da vida em contradição com os comportamentos indicativos de autocuidado?

Estas são questões-desafios com os quais a enfermagem tem convivido em sua prática, sobretudo nos cenários da atenção primária ou secundária, ao assistir adultos com doenças crônico-degenerativas, egressos de tratamentos complexos de alguma agudização ou complicação.

A educação visando à melhoria de saúde da população é um domínio da prática do enfermeiro em seu exercício profissional, prevista pelo Art. 11 da Lei Federal N ° 7.498, de 25 de junho de 1986. A prática educativa em saúde pode ser ofertada na forma de um processo de trabalho, no âmbito da consulta de enfermagem, prevista pela mesma Lei.

As ações de natureza educativa se mostraram relevantes para fazerem parte dos serviços de enfermagem de média complexidade ambulatorial de modo articulado com a assistência de enfermagem da atenção básica e da atenção hospitalar, sobretudo no que



tange a necessidade de adesão dos usuários a controles e tratamentos secundários a doenças crônicas não transmissíveis.

Um pressuposto sobre as necessidades de aprendizagem de cuidados manifestadas por pacientes e famílias é que: se tratadas a partir de ações como a orientação livre, ou seja, fora de um sistema de contra-referência, com ausência de vínculo entre o paciente e profissional ou a equipe no âmbito do sistema de saúde, tornam-se de baixa resolubilidade e impacto no processo de saúde-doença-cuidado. Por parte do paciente ou membro da família que cuida, o risco que se corre é o de este não obter uma apreensão eficiente dos significados e etapas do cuidado a serem internalizadas e praticadas.

Concebe-se que a família é a primeira célula formadora da sociedade, e é nela que as relações humanas se iniciam e se fundamentam. ALMEIDA & MEIRELLES (2005) observaram que a presença de uma enfermidade no núcleo familiar vem à tona sentimentos e conflitos que precisam ser trabalhados conjuntamente, para acolher a pessoa fragilizada pela doença. A doença pode provocar uma comunicação mais plena e mais profunda entre os membros de um mesmo clã.

Ao cuidar de um membro doente, a família se mostra assustada, tensa, dando sinais de sobrecarga, colocando e deixando transparecer sinais de conflitos entre os membros. Desenvolvemos um conjunto de questões sobre as possíveis causas dessas reações: será que é pela complexidade dos cuidados com o corpo? Pelo cansaço? Pela iminente responsabilidade de “ter que cuidar?” Por alguma forma de medo? Falta de conhecimentos sobre o estado de saúde e de como cuidar? Se a família está passando por angústias e sofrimentos relacionados ao adoecimento de um familiar, como é o caso, a equipe não deveria inquietar-se, minimamente em conhecer a história como um todo, sobre os variados olhares que se agregam na equipe de Saúde?

Na atual modalidade de organização da assistência à saúde, a atenção primária onde se localizam as ESF seria o ambiente considerado ideal para o acolhimento e para a manutenção de vínculo entre as pessoas que recebem tratamentos complexos no ambiente hospitalar com vistas ao monitoramento do cuidado realizado pela família.



Nem sempre a oferta de serviços na rede assistencial do sistema de saúde representa o rápido e fácil acesso, com resolução ou satisfação das necessidades de cuidados de saúde das famílias. O “voltar para casa”, tecido pelo paciente e família, parece um longo e tortuoso caminho considerando a ausência ou dificuldade exacerbada por rigorosos protocolos de acesso aos cuidados especializados.

O posicionamento de uma lente sobre as relações entre esses usuários e o Sistema Único de Saúde local, permite-nos identificar que a trajetória direta de usuários que estão recebendo tratamentos no nível de mais alta complexidade assistencial, diretamente para a área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família, na atenção básica não lhes tem sido eficiente e resolutivo.

A implementação de um fluxo assistencial que começa na Unidade Básica de Saúde e a intervenção da ESF e o retorno a ela não são, em primeira mão, aceitas e adotadas pelas famílias que recorriam, antes, a sistemas paralelos de busca ou utilizavam as ESF apenas para realização de atividades cartoriais, como; encaminhamentos a atendimentos especializados, emissão de atestados, enfim, “papéis para o juiz” e para diversas outras finalidades. Por outro lado, o hospital não é um lugar que garante a completa resolução dos problemas de saúde. Trata pontualmente, e de maneira isolada um determinado problema, não considerando que, em certos casos, está fora dele a maior parcela de cuidados necessitados pelo paciente.

Queremos dizer que é longo demais o caminho, e com tortuosidades, desvios, pois não se nota que seja fácil a resolubilidade final demandada pelo paciente e família. A ESF não possuiria mesmo tecnologias e infra-estrutura para receber pacientes complexos em sua área de abrangência. Dependeria da retaguarda dos serviços especializados, dos exames diagnósticos e de controle, e, sobretudo, de uma revisão do objeto principal de sua ação.

Os registros e a comunicação entre os níveis da assistência parecem fundamentais para se romper com a prática dos cuidados fragmentados entre enfermeiros de serviços especializados e os das equipes de saúde da família, que, nesses casos, podem ser considerados elos de comunicação técnica. Para tanto, as diretrizes do cuidado clínico de



enfermagem, as técnicas e os protocolos de acesso às consultas de enfermagem especializadas podem ser construídas e pactuadas entre os níveis assistenciais, permitindo encaminhamentos que garantam o acolhimento e o vínculo dessas famílias, tendo a flexibilidade assegurada pelo diálogo.

Essa proposta representa a oportunidade de aprofundar no pensamento-produto de pesquisas anteriores e de avançar na construção do conhecimento sobre o autocuidado, considerando a prática do cuidado de saúde em casa pela família, sob a égide do processo de cuidar pelo enfermeiro, guiado por Diagnósticos de Enfermagem.

A enfermagem vem contribuindo para a construção, implantação e os avanços do SUS desde antes da reforma sanitária brasileira. O conhecimento sobre o cuidado (para além da cura) tem chegado a outras profissões e contribuído para práticas interdisciplinares efetivas.

Posto isso, uma relevância está em fundamentar a prática profissional com evidências afim de que se tenha a visibilidade de seu processo de trabalho no âmbito de uma equipe de saúde.

Outro fator que consideramos de vital relevância é a tentativa de se reverter o estudo dos fundamentos teóricos acumulados em tecnologias que contribuam para o alívio de sofrimentos da população, que afinal é uma de nossas missões, enquanto pesquisadores.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



5 Cronograma de atividades a serem desenvolvidas - etapas do projeto

	ATIVIDADE/ ETAPA	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HU/UFJF.	x											
2	Seleção de Bolsistas;	x											
3	Encontros semanais de orientação dos bolsistas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Levantamento de bibliografia relevante para leitura e estudo prévio;	x	x	x	x	x	x						
5	Elaboração de formulários, roteiros semi-estruturado.		x	x	x								
6	Realização de Consultas de Enfermagem		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realização de Grupos Educativos				x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Realização de Visitas Domiciliares				x	x	x	x	x	x	x	x	x

<http://www.unl.edu.ar/iberoextension/acceder.php>



6 Considerações finais

No campo de conhecimentos da enfermagem já se encontram organizados grandes avanços no sentido da prática educativa, todavia não observamos que estes têm sido o bastante para sensibilizar e influenciar mudanças significativas nas práticas dos profissionais de saúde e nos rumos da organização da atenção à saúde da população. Assim, o projeto permite ao enfermeiro implementar uma modalidade de atendimento ao usuário e familiares, de forma ativa no processo de saúde-doença, possibilitando aos mesmos conviver com a doença, melhorar a qualidade de vida e continuar produtivo dentro dos limites permitidos.

Além disso, minimiza os sofrimentos do paciente que depende de vivenciar o autocuidado terapêutico ou do membro da família que necessita de cuidar de um familiar doente em casa; contribui para a redução de complicações e re-internações hospitalares relacionadas ao déficit de autocuidado; estimula a autonomia e a co-responsabilização sobre o processo de cuidar em saúde com ampliação da participação no processo de cuidar de saúde pelo paciente e família; estimula a integração entre a equipe de enfermeiros da atenção secundária com as equipes da atenção primária e terciária com vistas à integralidade do cuidado de enfermagem, reforçando o processo de referência e de contra-referência sedimentando uma das propostas do SUS.

Posto isso, espera-se reforçar uma linha de pesquisa, a fim de consolidar um grupo de pesquisa Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem (CNPq) e Núcleo tendo em vista os programas de pós-graduação *Lato sensu* (residência) e *Stricto sensu* (mestrado).



7 Referências

ALMEIDA, R.L.M, MEIRELLES, V.C Compreendendo os Sentimentos da pessoa com Colostomia [Monografia] J.Forá (MG): UFJF /FACENF Curso de Especialização: Programa de Educação de Enfermagem em Estomaterapia da Faculdade de Enfermagem UFJF., 2005.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; VILAÇA, J. D. V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta; 6). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2005.

BOGDAN, R.; BIKLEN S. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Ed., 1994.

BOURDIEU, P. **Razões e práticas:** sobre a teoria da ação. 3. ed. Campinas : Papyrus, 2001. p. 224.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2005. p. 657-62.

CASTRO, E.A.B. **Da UTI ao lar: gestão familiar do processo saúde-enfermidade em casos de cuidados após a alta hospitalar:** relatório de pesquisa. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Pró-Reitoria de Pesquisa, 2001.

_____. **A vida após a alta.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Tese de Doutorado, 2005.

_____. **Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar.** *Rev C S Col.* [periódico na internet] 2007 julho. [Citado em 18 de setembro 2007]; [cerca de 15 p.] **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.

CLIFFORD, J. **Experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX.** In: GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos (Org.). Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 1998.



COLE, M e SCRIBNER, S. **Introdução In : A Formação social da mente.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 1-16.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos:** seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro : J. Zahar , 2001. p. 110.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

GEORGE J.B e Col. Teoria Geral de Enfermagem de Orem (Autocuidado). In: **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional.** Trad. Regina Machado Garces. Porto Alegre: Arte Médica, 1993. p.90-1007

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 122.

HYMOVICH, D.P; BARNARD, M.V. (Eds). **Family health care,** 2 ed. New York, mc Graw-Hill, 1979.

LEININGER, M. Teoria de enfermagem transcultural. In: GEORGE, J. **Teorias de Enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 285-99.

CAMARGO JUNIOR, K.R. LOGOS® - **Editor textual de dados qualitativos.** Disponível em: <<http://planeta.terra.com.br/educacao/kencamargo>>. Acesso em: 26 mar 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretaria de Assistência à Saúde- Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e Funcionamento do programa de Saúde da Família – PSF -** Relatório preliminar, novembro 1999.

MONTEIRO, R. A. Pesquisa em educação: alguns desafios da abordagem qualitativa. In: MONTEIRO, R. A. (Org.). **Fazendo e aprendendo pesquisa qualitativa em educação.** Juiz de Fora: FEME/UFJF, 1998. p. 7-22.

PEIXOTO, C. E; SINGLY, F. de; CICCHELLI, V. (Org.). **Família e individualização.** Rio de Janeiro: FGV, 2000. 198p.



ALMEIDA FILHO, N. ; ROQUAYROL, M. Z **Epidemiologia e Saúde** - 6ª edição, Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

STREUBERT, H.J. ; CARPENTER, R. D. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**. 2. ed. Philadelphia; New York: Lippincott, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec ; Ministério da Saúde, Coordenação de Atenção Básica., 1999. p. 332.

VELHO, G. **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da Sociedade contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004. p. 151.

VYGOTSKY, L.S. **A Formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 169.