



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA TEORIA AO CUIDADO INTEGRAL

NURSING CARE SYSTEMATIZATION: FROM THEORY TO A COMPREHENSIVE CARE

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA: DE LA TEORÍA AL CUIDADO INTEGRAL

Mariza Gandolfi¹, Cheila Karei Siega², Letícia Maria Rostirolla³, Maria Elisabeth Kleba⁴, Liane Colliselli⁵

RESUMO

Objetivo: relatar a assistência de enfermagem a pacientes acamados, moradores do território adscrito a um Centro de Saúde da Família, aplicando o processo de enfermagem de acordo com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, com cinco acamados, entre 22 e 92 anos de idade, no município de Chapecó-SC. **Resultados:** foram identificadas situações que requeriam manutenção, ajustamento ou repadronização de cuidados culturalmente definidos. O apoio da equipe foi fundamental na implementação da assistência domiciliar, que passou a ser registrada no prontuário eletrônico dos pacientes, favorecendo continuidade e integralidade do cuidado. **Conclusão:** a Sistematização da Assistência de Enfermagem apoiada na teoria do cuidado transcultural proporcionou melhorias à saúde do acamado e da sua família, motivando a adesão dos cuidadores ao plano de cuidados. **Descritores:** Assistência de Enfermagem; Assistência Domiciliar; Educação em Enfermagem; Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: to report the nursing care for bedridden patients, residents of the territory ascribed to a Family Health Center by applying the process of nursing according to the Diversity Theory of Cultural Care Universality of Madeleine Leininger. **Method:** a descriptive study type experience report, with five patients bedridden, between 22 to 92 years old, in Chapecó-SC. **Results:** situations were identified that required maintenance, adjustment or re-patterning of culturally defined care. The support team was instrumental in the implementation of home care, which is now recorded in the electronic medical records of patients, favoring continuity and comprehensive care. **Conclusion:** the systematization of nursing care supported in transcultural care theory provided improvements to the health of bedridden patients and the family, motivating the adherence of caregivers to the care plan. **Descriptors:** Nursing Care; Home Care; Nursing Education; Caregivers.

RESUMEN

Objetivo: relatar la asistencia de enfermería a pacientes postrados en la cama, residentes de un territorio adscrito a un Centro de Salud de la Familia aplicando el proceso de enfermería de acuerdo con la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. **Método:** estudio descriptivo, tipo relato de experiencia, con cinco postrados en cama, entre 22 y 92 años de edad, en el municipio de Chapecó-SC. **Resultados:** fueron identificadas situaciones que requerían mantenimiento, ajuste o re estandarización de cuidados culturalmente definidos. El apoyo del equipo fue fundamental en la implementación de la asistencia domiciliar, que pasó a ser registrada en el prontuario electrónico de los pacientes, favoreciendo continuidad e integralidad del cuidado. **Conclusión:** la Sistematización de la Asistencia de Enfermería apoyada en la teoría del cuidado transcultural proporcionó mejoras a la salud del postrado y de su familia, motivando la adhesión de los cuidadores al plano de cuidados. **Descritores:** Asistencia de Enfermería; Asistencia Domiciliar; Educación en Enfermería; Cuidadores.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Da Família e Comunidade, Clínica da Família Santa Marta. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: gandolfimariza@gmail.com; ²Enfermeira pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, SC. Brasil. E-mail: cheila.siega@maxicreditosc.com.br; ³Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Caçador. Caçador (SC), Brasil. E-mail: lethi@unochapeco.edu.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Filosofia, Curso de Enfermagem/Mestrados em Ciências da Saúde e em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: lkleba@unochapeco.edu.br; ⁵ Enfermeira, Professora Mestra em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus de Chapecó. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: liane.colliselli@uffs.edu.br

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) - atualmente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) - foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da comunidade, com vistas à atenção integral à saúde, com prioridade para ações preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais.¹ Nesse sentido, as equipes de saúde que atuam nas unidades integradas à ESF assumem um importante papel junto à população adscrita, tanto na unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços da comunidade. Nesses espaços, a equipe deve estabelecer relações de vínculo e parceria, com o objetivo de desenvolver ações de acordo com as necessidades de saúde da população local, garantindo a integralidade da atenção por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos e medidas curativas.²

Como parte da equipe multiprofissional, o enfermeiro contribui na atenção integral aos indivíduos, famílias e comunidades, tendo como fundamentos os conhecimentos e habilidades específicos da enfermagem, integrados ao campo da saúde e interativos com conhecimentos de outras áreas científicas. Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se como ferramenta importante, em especial no desenvolvimento de cuidados aos pacientes com maiores necessidades.³ A realização da SAE revela compromisso com a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, enriquecendo a prática dos enfermeiros e elevando o desempenho profissional nesse processo. Possibilita ainda ao enfermeiro fortalecer sua autonomia, delimitando a essência de sua prática profissional.⁴

A SAE está prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), na Resolução Cofen nº 358/2009⁵, que reforça a importância de planejar a assistência de enfermagem e dispõe que sua implementação deve ocorrer em todas as áreas da assistência à saúde e em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas. A institucionalização da SAE possibilita processos de trabalho mais adequados às necessidades da população, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.⁵

A implementação dessa orientação tem permanecido um desafio na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem, os quais argumentam que o excesso de demanda por parte da população e as poucas condições garantidas pelo gestor para inserir práticas mais sistemáticas na rotina dos serviços

inviabilizam o desenvolvimento da SAE em sua complexidade. Nesse sentido, estudos sobre sua viabilidade requerem das instituições de ensino um diálogo mais efetivo com os profissionais dos serviços, com vistas a identificar, a partir de condições concretas, desafios e potencialidades para implementação da SAE como estrutura metodológica na organização do processo de trabalho. Pesquisa realizada com enfermeiros que atuam na atenção primária da cidade de Juiz de Fora-MG, em 2006, mostrou que a consulta de enfermagem é realizada pelos enfermeiros de forma limitada, sendo apontadas algumas dificuldades como excesso de atividades burocráticas, deficiências na estrutura física da unidade de saúde e no entrosamento da equipe, apesar de eles considerarem extremamente importante o atendimento integral, articulando conhecimento teórico e prático.⁶

A realização dessa prática assistencial atendeu um requisito para a formação no curso de graduação em enfermagem da Unochapecó, que prevê em seu Projeto Pedagógico a realização do trabalho de conclusão de curso - TCC - em diferentes cenários da atenção à saúde, para oportunizar o desenvolvimento de ações de enfermagem com maior autonomia, mas também comprometidas com as demandas reais dos atores do serviço e da comunidade.⁷

A atividade relatada neste artigo esteve inserida ainda em um dos projetos aprovados pelo curso de enfermagem no edital do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. Esse projeto - Desenvolvimento do estágio curricular obrigatório em espaços diversificados - enfatiza, em especial, o eixo *cenários de práticas*, favorecendo a integração ensino-serviço na realização das atividades teórico-práticas. Além disso, traz importantes evidências relacionadas ao eixo da *orientação pedagógica* do Pró-Saúde, à medida que prevê a formação centrada no estudante e sua responsabilização no processo ensino-aprendizagem, a partir dos princípios de autonomia, solidariedade e competência.⁸

O cenário da prática envolve diversos atores, cada qual com seus modos de vida, suas crenças e valores, que influenciam e são influenciados pelo contexto social, cultural e político, por meio da convivência nas redes sociais como família, vizinhança, trabalho e organizações comunitárias. Nessa perspectiva, para prestar assistência mais adequada ao contexto familiar e comunitário do grupo de

Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM et al.

usuários selecionados, optou-se por aplicar os fundamentos teórico-metodológicos propostos por Madeleine Leininger, com foco no cuidado cultural.

O conceito de cultura vem sendo aprimorado ao longo do tempo, superando sua compreensão como “conjunto de traços fixos e determinantes do comportamento. A cultura neste entendimento, existia *a priori* da ação”.^{9:309} A partir da antropologia simbólica, a cultura é definida como “[...] um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas. É justamente porque compartilham de parcelas importantes deste código (a cultura) que um conjunto de indivíduos com interesses e capacidades distintas e até mesmo opostas transforma-se num grupo e podem viver juntos, sentindo-se parte de uma totalidade”.^{9:308}

Conceituada a partir da obra freireana, cultura expressa a manifestação do homem sobre o mundo, à medida que representa a soma “de toda a experiência, criação e recriações ligadas ao homem no seu espaço de hoje e na sua vivência de ontem. [...] Cultura é terreno movediço das significações, em perene mudança, apresenta-se como o novo vir a ser”.^{9:312}

Leininger define cuidado cultural como valores, crenças e modos de vida aprendidos e transmitidos que auxiliam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde e lidar com a doença ou deficiência.¹⁰ A prática assistencial aqui relatada teve por objetivo qualificar a assistência de enfermagem a pacientes acamados, moradores do território adscrito a um Centro de Saúde da Família do município de Chapecó-SC, aplicando o processo de enfermagem de acordo com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Essa teórica preconizou a realização do processo de enfermagem de acordo com a cultura em que o indivíduo está inserido, propondo o Modelo *Sunrise* para a realização do diagnóstico e planejamento da assistência de enfermagem⁸, modelo que valoriza e integra diferentes dimensões sociais que influenciam a saúde do indivíduo.

OBJETIVO

- Relatar a assistência de enfermagem a pacientes acamados, moradores do território adscrito a um Centro de Saúde da Família, aplicando o processo de enfermagem de acordo com a Teoria da Diversidade e

Sistematização da assistência de enfermagem...

Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, com cinco acamados entre 22 e 92 anos de idade, de março a maio de 2011, no município de Chapecó-SC.

CENÁRIO DA PRÁTICA

A prática assistencial relatada foi desenvolvida em um dos 27 Centros de Saúde da Família (CSF) existentes no município de Chapecó-SC. A fase inicial dessa prática consistiu na aproximação com o cenário da prática, por meio de um estágio de observação de 30 horas, junto ao centro de saúde, no segundo semestre de 2010, quando foram obtidas informações sobre a realidade do serviço de saúde e de seu território adscrito. Com base nessas informações, e em comum acordo com a equipe, foi elaborado o projeto do trabalho de conclusão de curso, estabelecendo o desenvolvimento de uma prática assistencial de enfermagem inserida na Estratégia Saúde da Família, tendo como uma das prioridades a aplicação da SAE aos pacientes registrados pela equipe como acamados, moradores daquele território.

Chapecó localiza-se no oeste do estado de Santa Catarina, com uma população de aproximadamente 180 mil habitantes, sendo considerada referência para mais de 200 municípios na região. O centro de saúde selecionado integra duas equipes da ESF, com aproximadamente 10.176 usuários cadastrados em duas áreas de abrangência, cada uma subdividida em oito microáreas cobertas por agentes comunitários de saúde. Nesse CSF, atuam três enfermeiras, sendo uma coordenadora da unidade, dois médicos, dois dentistas, além dos auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. A partir de 2010, a equipe passou a contar com profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais desenvolvem atividades junto a quatro centros de saúde do município.

A principal fonte de renda dos moradores desse território provém do comércio, representado por aproximadamente 480 empresas, de pequeno, médio e grande porte, com destaque para um frigorífico. Outro aspecto relevante que contamos como fator favorável à promoção da saúde na comunidade é a existência de diversas organizações que prestam serviços de interesse público como um Centro Social Urbano, o Serviço Social do Comércio (SESC),

Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM et al.

Sistematização da assistência de enfermagem...

o Centro de Convivência de Idosos, além de escolas e centros de educação infantil.

Delimitando o foco do cuidado de enfermagem da prática assistencial a ser desenvolvida, foram identificados seis pacientes acamados na área de abrangência do CSF, cinco dos quais participaram do estudo, tendo a família do sexto manifestado desinteresse. As famílias que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os dados sobre os pacientes e sua família foram coletados nos prontuários e em visitas domiciliares, com vistas a conhecer suas condições de saúde, relacionando-as a seus hábitos culturais. A descrição do histórico de enfermagem seguiu o Modelo *Sunrise* proposto por Madeleine Leininger, sendo os dados sistematizados a partir dos itens: fatores tecnológicos, fatores religiosos e filosóficos, fatores de companheirismo e sociais, valores culturais e modos de vida, fatores políticos e legais, fatores econômicos e fatores educacionais.¹⁰

No diagnóstico de enfermagem, os dados são analisados e interpretados, devendo o enfermeiro ter “capacidade de análise, julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar os dados clínicos”.^{11:47} Para Leininger, “não deve haver uma declaração diagnóstica por parte do enfermeiro, mas o uso de valores e práticas de cuidado específico da cultura que devem ser usados como uma poderosa direção para a prática de enfermagem”.^{12:278} Posteriormente, foram definidos os planos de cuidados, sempre em diálogo com o paciente e seu cuidador, buscando sensibilizá-los sobre a necessidade e a importância de cada cuidado de enfermagem prescrito. A proposta foi ainda apresentada e discutida com a enfermeira supervisora do estágio e outros membros da equipe de saúde, recebendo sua aprovação e seu apoio.

A prática foi desenvolvida ao longo de quatro visitas domiciliares a cada paciente, durante os três meses de atuação na unidade. Em diferentes ocasiões, foram discutidas situações específicas sobre os casos com a equipe, inclusive agentes do NASF, definindo em conjunto a melhor ação para cada paciente. A avaliação da assistência foi realizada ao longo do processo e na última visita domiciliar, com vistas a identificar melhorias nas condições de saúde, bem como a adesão ao plano de cuidados, verificando dificuldades e facilidades percebidas pelo cuidador em sua aplicação. Com vistas a preservar a identidade dos pacientes, são utilizados nomes de flores como referência às falas que ilustram os resultados.

♦ Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Inicialmente, informações presentes nos prontuários e nas fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponíveis no CSF, forneceram dados básicos sobre o perfil e sobre situações de morbidade diagnosticadas. Foram encontradas poucas informações sobre prescrições terapêuticas recomendadas ou sobre os atendimentos prestados pela equipe no prontuário do paciente. No caso da enfermagem, a não utilização do processo de enfermagem, conforme preconizado na Resolução Cofen nº 458/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade de sua utilização em todos os ambientes em que ocorre o cuidado de enfermagem, limitou o acesso às informações dos pacientes.⁵

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e subsidia a equipe na tomada de decisões, favorecendo a continuidade da assistência prestada, sua eficácia e efetividade. Quanto aos registros das informações do paciente, a Resolução Cofen nº 458/2009 pontua que é de “[...] responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar no prontuário do paciente [...] as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e qualidade da assistência”.^{5:288}

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem sido utilizada em diferentes instituições de saúde, e constitui uma “metodologia científica de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico científicos e humanos na assistência aos pacientes”.^{11:09} Possibilita a organização do trabalho em saúde mediante a utilização do processo de enfermagem, “o qual pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes”.^{13:675}

A primeira visita domiciliar, além de fornecer dados relevantes para complementar o histórico de enfermagem, oportunizou um importante momento de interação das estudantes com os pacientes, seus cuidadores e outros familiares. Possibilitou estabelecer a comunicação terapêutica, compreendida como “processo de interação na qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura”.^{14:52}

As informações obtidas nas visitas possibilitaram a definição do diagnóstico de enfermagem e do plano de cuidados, levando em consideração o Modelo *Sunrise* proposto por Leininger, buscando proporcionar ações de cuidado culturalmente congruentes. Leininger ressalta que o enfermeiro deve planejar com o cliente os cuidados que precisam ser preservados/mantidos, acomodados/negociados ou repadronizados/reestruturados.¹⁰

Como principais cuidadores, identificaram-se os familiares e profissionais do gênero feminino, retratando assim, um dos papéis atribuídos pelo meio social às mulheres. Na maioria dos casos, quando se trata de cuidar ou acompanhar um familiar em situação de hospitalização, seja ele, filho, esposo, mãe ou pai, é a mulher que está implicitamente associada como cuidadora principal da família.¹⁵

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como uma das atividades estratégicas a visita domiciliária que permite à equipe conhecer os arranjos familiares e problemas de saúde enfrentados, valorizando seus recursos, suas iniciativas e potencialidades. Desse modo, pode-se aproximar das necessidades reais da coletividade como meio de estruturar as ações em saúde de forma mais adequada.¹⁶

Cuidar no domicílio implica novos modos de fazer e saber do enfermeiro, considerando que o ambiente domiciliar apresenta características distintas de uma instituição formal de saúde. O ambiente domiciliar é permeado por diversos aspectos culturais, “de significância aos seus moradores e frequentadores, eivado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou frequenta aquele ambiente”. Esses aspectos precisam necessariamente ser observados e considerados pelo profissional de enfermagem quando propõe intervenções no nível domiciliar.^{17-:5501}

Para compor os históricos dos pacientes, foram necessárias várias visitas para obter as informações necessárias à definição dos diagnósticos e elaborar a proposta assistencial coerente com elementos culturais próprios das famílias, viabilizando a formulação de planos de cuidado congruentes considerando o conceito de cultura, que, na concepção de Leininger, “são os valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas em várias gerações”.^{18:91} Cultura refere-se a um processo acumulativo, resultante da experiência histórica das gerações anteriores.¹⁹

Outra dificuldade enfrentada foi o diagnóstico de enfermagem, pois os textos

consultados referiam apenas que, após identificar as diversidades e a universalidade do cuidado cultural, o diagnóstico de enfermagem expressa áreas nas quais o cliente não está preenchendo a expectativa cultural da sua cultura¹⁰. Conforme Leininger, o diagnóstico refere-se aos déficits que o paciente apresenta que necessitem de manutenção, ajustamento ou repadronização¹⁰, avaliação que deve ser fundamentada em outras áreas do saber que sustentam o processo de tomada de decisão da enfermagem. Padrões relacionados ao conforto, higiene, eliminações, deambulação, lazer e religiosidade foram os principais déficits identificados e incluídos no plano de cuidados.

Para a realização do plano de cuidados, contou-se com o apoio de acadêmicos do curso de farmácia, além dos profissionais do NASF (como nutricionista e assistente social) e da equipe de saúde do CSF. O trabalho em equipe é referido em diferentes políticas como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à “interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade”.^{20:339} O trabalho multiprofissional desenvolvido foi importante para exercitar competências conferidas ao enfermeiro, oportunizando o desenvolvimento de habilidades como comunicação e liderança, buscando motivar o envolvimento dos profissionais na discussão dos casos e em sua responsabilização para o cuidado.

Foram selecionadas dois casos para exemplificar a relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do trabalho multiprofissional: Margarida, acamada há três anos, e Violeta, com tetraplegia há dois anos. Os resultados apresentados sintetizam as informações obtidas com os pacientes e seus cuidadores, ordenados segundo o Modelo Sol Nascente da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger. Pontua-se que não foram identificados fatores políticos relevantes durante o processo.

◆ Fatores Tecnológicos

Paciente faz uso de sonda nasointestinal (SNE), trocada no hospital entre três a seis meses. Sua alimentação, prescrita por nutricionista, uma vez que é específica para nutrição enteral, é fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado, complementada por alimentos líquidos/pastosos via oral. Faz uso de traqueostomia trocada no Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina (HRO) a critério médico. É realizada aspiração

Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM et al.

Sistematização da assistência de enfermagem...

nasoendotraqueal à noite ou conforme necessidade. Realiza nebulização três vezes ao dia e oxigenioterapia quando necessário. Permanece em poltrona terapêutica alternando com cama hospitalar emprestada

pelo HRO. Sua família utiliza rádio e televisão em ambiente comum. (Margarida)
Para sua locomoção, utiliza cadeira de rodas. Assiste televisão e usa computador adaptado com o queixo para realizar leituras e se comunicar. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Preservação do Cuidado Cultural</i> Margarida a) Realizar troca da sonda nasoenteral periodicamente. b) Manter vias aéreas permeáveis por meio da aspiração nasoendotraqueal e manutenção da cabeceira elevada 30°. c) Conservar o cilindro de O ² com oxigênio, garantindo disponibilidade e acesso. d) Proporcionar momentos de descontração como ouvir rádio e assistir televisão. e) Preservar cama hospitalar e poltrona terapêutica em ótimo estado, para garantir conforto e integridade física à paciente. f) Disponibilizar material estéril para troca do curativo da traqueostomia diariamente. Violeta a) Manter cadeira de rodas em condições seguras de uso. b) Manter o acesso ao computador.
2. <i>Negociação do cuidado cultural</i> Margarida a) Avaliar com frequência sinais de infecção (calor, rubor, dor, edema) no local da traqueostomia. Violeta a) Incentivar a mãe para construção de uma rampa de acesso.

◆ **Fatores Religiosos e Filosóficos**

Recebe visita de pastores e ministros na sua residência, a família refere ser católica,

mas frequenta também uma igreja evangélica. (Margarida)
Paciente vai à igreja quando está disposta. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Preservação do Cuidado Cultural</i> Margarida a) Manter visitas periódicas dos religiosos no domicílio. Violeta a) Auxiliar paciente a se locomover até a igreja.

◆ **Fatores Sociais e de Parentesco**

Viúva há 8 anos, dois filhos, uma menina e um menino de 19 e 14 anos, respectivamente. Teve outro relacionamento, através do qual teve um filho, atualmente com 3 anos e 9 meses, que mora com a avó paterna. Reside junto a sua mãe, 64 anos, alfabetizada, que conta com auxílio do neto nas tarefas domésticas e do filho nas questões financeiras e de transporte. Em relação ao cuidado, durante o dia, é realizado por duas técnicas

de enfermagem, uma em cada turno; durante a noite, quem cuida é a mãe. (Margarida)
Reside com sua mãe e com a irmã de 3 anos. Nos fins de semana, recebe visita do namorado. A principal cuidadora é a mãe, que dispõe da ajuda de sua tia e do namorado. Quando questionada se possui tempo para realizar suas atividades pessoais, a mãe relata que consegue sair quando outra pessoa fica com as filhas. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Preservação do Cuidado Cultural</i> Margarida a) Manter o apoio dos integrantes da família para as atividades domésticas e financeiras. b) Preservar o profissional técnico para realizar o cuidado a paciente. Violeta a) Manter a interação com o namorado e demais integrantes da família.
2. <i>Negociação do cuidado cultural</i> Margarida a) Estimular a visita dos familiares, em especial dos filhos. b) Viabilizar que familiares (filhos) auxiliem no cuidado durante o período noturno, alternando a responsabilidade.

◆ **Valores Culturais, Crenças e Modo de Vida**

Possui dependência total para atividades diárias, ausência de movimentos voluntários, apenas por estímulos; não fala, mas responde através de olhares e movimentos da face

(comunicação não verbal). Não realiza atividades fora do domicílio. Pela manhã, enquanto recebe banho de leito, o rádio fica ligado para que escute música; depois, gosta de assistir televisão. Recebe visita domiciliar da equipe de saúde da família uma vez ao

mês, do dentista a cada seis meses, ou conforme a familiar considera necessário. Quando necessita de consultas com médicos especialistas, procura atendimento particular. Para a realização de atividades físicas, recebe atendimento domiciliar de um profissional fisioterapeuta duas vezes por semana. Devido à necessidade do uso de sonda nasoenteral, dispõe do acompanhamento da nutricionista do Hospital Regional do Oeste ou de uma particular, quando necessário. Para as eliminações intestinais e vesicais, são utilizadas fraldas, cinco pacotes das quais são fornecidos mensalmente pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o restante é comprado. De acordo com a técnica de enfermagem, a paciente se encontra constipada, sendo realizada a retirada manual de fecalomas. Para estimular o peristaltismo, são utilizados alimentos laxativos, massagens e exercícios passivos. (Margarida)

Quanto aos cuidados pessoais, a paciente é totalmente dependente (tetraplegia). Recebe visita das ACS todos os meses e da dentista a cada seis meses. Quanto às consultas com outros profissionais, fazia acompanhamento

psicológico e psiquiátrico. Atualmente, faz acompanhamento particular com fisioterapeuta uma vez por semana. A coleta do exame preventivo de colo uterino é realizada na sua residência uma vez ao ano. Em relação à alimentação, a dieta é livre, mas pouco diversificada; nem sempre come frutas e verduras e não toma a quantidade recomendada de água, pois, segundo a mãe, ela não gosta. As eliminações vesicais são através de sondagens de alívio quatro vezes ao dia. Faz uso de fralda devido à incontinência urinária. As eliminações intestinais são feitas antes do banho no vaso sanitário. Durante as visitas domiciliares, identificou-se que a paciente apresentava quadros recorrentes de infecção urinária. Verificou-se, em exame laboratorial recente, na época, a identificação de uma bactéria encontrada na pele, sugerindo que havia contaminação exógena. Observou-se que a mãe realizava quatro sondagens vesicais de alívio diariamente; a partir disso, foi proposto o acompanhamento da realização desse procedimento, sendo constatado que a técnica de assepsia não estava sendo realizada corretamente. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Preservação do Cuidado Cultural</i> Margarida e Violeta a) Preservar o cuidado relacionado à higiene e conforto, preservando a integridade física. b) Preservar as atividades de fisioterapia para prevenir a atrofia e manter a mobilidade das articulações. c) Manter a assistência do profissional nutricionista, utilizando dieta adequada e equilibrada.
2. <i>Negociação do cuidado cultural.</i> Margarida a) Estimular a comunicação não verbal.
Margarida e Violeta a) Apoiar com almofadas os MMII e MMSS, preservando a posição anatômica. b) Estimular a visita dos filhos e/ou familiares proporcionando a interação social.
3. <i>Repadronização do cuidado cultural</i> Margarida a) Aumentar a ingestão hídrica diária. b) Oferecer sucos coados.
Violeta a) Orientar e demonstrar à cuidadora a técnica asséptica para a sondagem vesical.

◆ **Fatores Econômicos**

Atendimento fisioterapêutico, de enfermagem e transporte é custeado pelo irmão. (Margarida)

Segundo a mãe, a paciente recebe auxílio-doença, não possui plano de saúde; familiares

agendam visita domiciliar do médico e da enfermeira quando necessário. A principal cuidadora é a mãe, 43 anos, conta ainda com a ajuda financeira do pai. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Preservação do Cuidado Cultural</i> Margarida e Violeta a) Manter o auxílio financeiro dos familiares.
Violeta b) Garantir o auxílio-doença comparecendo periodicamente as perícias.

◆ **Fatores Educacionais**

Paciente com 1º grau incompleto (7ª série) trabalhava na produção industrial. Mãe 64 anos, alfabetizada. (Margarida)

Ensino superior incompleto, cursou até o 3º semestre de serviço social. (Violeta)

DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
1. <i>Negociação do cuidado cultural</i> Violeta a) Estimular a pesquisa sobre assuntos de interesse no computador.
3. <i>Repadronização do cuidado cultural</i> Margarida e Violeta a) Proporcionar material de leitura sobre avanços relacionados às células-tronco e outras leituras, livros, revistas.

Constatou-se que a maior parte dos cuidados propostos nos planos de cuidados se caracteriza como de manutenção, requerendo o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos do cuidador. A preservação/manutenção do cuidado cultural inclui ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores relevantes de cuidados, de forma que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou encarar a deficiência ou a morte¹⁰

Assim, a enfermeira, em sua prática assistencial, quando norteada pelas ideias freireanas, pode se reconhecer como um aprendiz, ao lado de seu cliente, “no momento em que visualiza o cuidado também como atividade de educação em saúde, não se percebendo dona do cuidado, e não tendo uma atitude verticalizada no ato holístico de cuidar”.^{21:635}

Após a sua elaboração, o plano de cuidados foi adaptado com linguagem acessível aos cuidadores, evitando ou “traduzindo” termos técnicos, sendo entregue na ocasião da penúltima visita domiciliar realizada aos pacientes, esclarecendo-se cada cuidado e sua importância aos familiares e cuidadores. Na última visita, foi realizada a avaliação dos cuidados propostos. No Modelo *Sunrise*, Leininger não especifica uma fase para avaliação; no entanto, quando discorre sobre o cuidado de enfermagem transcultural, salienta a necessidade de que o atendimento de enfermagem proporcione formas que beneficiem o cliente, visando determinar quais são os meios apropriados para obter a cura e o bem-estar naquele modo de vida¹⁰.

Nas avaliações realizadas com os cuidadores sobre os cuidados implementados aos pacientes a partir do plano proposto, foram identificadas dificuldades e facilidades que eles tiveram em relação à execução dos cuidados. A maioria dos relatos revelou que os cuidados realizados anteriormente continuavam a ser desenvolvidos, tendo, porém, incorporado ajustes orientados e repadronizado algumas práticas identificadas como essenciais, a partir das quais pode-se observar melhoras nos quadros apresentados inicialmente pelos pacientes. Conforme relato

de uma cuidadora, “o cuidado se torna rotina”, a partir do qual se corre o risco de não se realizar alguns cuidados básicos para manter a qualidade de vida, mais ainda no caso de pacientes dependentes, que muitas vezes são assistidos por familiares sem o preparo e o apoio devidos. Para essa cuidadora, as orientações e a motivação recebida nas visitas domiciliares foram fundamentais para promover reflexões sobre a necessidade e a possibilidade de melhorar o cuidado prestado ao paciente acamado, mas também em relação ao direito do cuidado de si, resgatando sua autoestima e seu bem-estar.

Como contribuição à equipe da ESF, foram registrados dados relativos ao processo de enfermagem no prontuário dos pacientes, favorecendo a continuidade da assistência prestada pelos profissionais. No caso da ESF, a SAE deve ser realizada a partir das prioridades estabelecidas sobre as necessidades dos usuários pertencentes à área de abrangência do CSF, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidades. A SAE pode fortalecer o papel da equipe de saúde na comunidade, facilitando processos de diagnóstico, planejamento e avaliação da assistência de forma mais consistente quando apoiada nos parâmetros culturalmente significativos para os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem assume um importante papel na consolidação da Estratégia Saúde da Família, prioritária na orientação do modelo de organização da atenção primária à saúde. Nesse sentido, as visitas e os cuidados prestados nos domicílios podem não apenas favorecer relações de confiança e vínculo dos profissionais com a comunidade, mas também oportunizar a realização do princípio da integralidade, quando necessidades e potenciais dos usuários são reconhecidos e valorizados no planejamento e na implementação dos cuidados.

À medida que exigiu práticas dialógicas em prol da manutenção, negociação e/ou repadronização, de acordo com a proposta do cuidado transcultural de Leininger, a experiência oportunizou uma maior apropriação de habilidades de comunicação e

Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM et al.

Sistematização da assistência de enfermagem...

de liderança. A proposta de Leininger requer do profissional de enfermagem a construção de um olhar ampliado, despindo-se de seus pré-conceitos e vendo o indivíduo inserido em sua própria cultura; porém, à medida que traz conceitos abstratos, pode dificultar a compreensão de sua aplicabilidade.

Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem se revela como importante instrumento da prática, possibilitando qualificar os processos de planejamento, implementação e avaliação do cuidado. Na prática assistencial deste relato, este instrumento mostrou apoio na qualificação do diálogo estabelecido com outros profissionais da equipe de saúde e com familiares que prestam cuidados domiciliares. Assim, buscou-se instigar a equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, para a importância da sistematização da assistência e para o trabalho multiprofissional, promovendo o vínculo com as famílias, que é fundamental para o processo do cuidar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. 1.ed., 4ª reimpr; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 Sept-Oct [cited 2011 Oct 15];58(5):568-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>
4. Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. Enferm. foco (Brasília) [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 11];1(2):63-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/17/18>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras [Internet] [cited 2011 May 10] Available from: <http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4309>
6. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. Texto contexto-enferm [Internet]. 2008 Jan-Mar [cited 2011 May 11];17(1):124-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>
7. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Síntese. Chapecó: Unochapecó; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Boehs AE, Monticelli M, Miranda Wosny A de, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto contexto-enferm [Internet]. 2007 Apr-June [cited 2011 May 15];16(2):307-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf>
10. George JB. Madeleine M. Leininger. In: George JB e col. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 297-309.
11. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
12. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livro; 1999.
13. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 Sep-Oct [cited 2011 May 15];59(5):675-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a15.pdf>
14. Silva LMG da, Brasil VV, Guimarães HCQP, Almeida Savonitti BHR de, Silva MJP da. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2000 Aug [cited 2011 May 15];8(4):52-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384.pdf>
15. Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 June [cited 2011 May 15];31(2):335-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/19.pdf>
16. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 Dec [cited 2011 May 15];41(Esp):793-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea08.pdf>

Gandolfi M, Siega CK, Rostirolla LM et al.

Sistematização da assistência de enfermagem...

17. Vieira LL, Freitas CASL, Brito MCC, Teofilo FKS, Silva MJ. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Sept [cited 2014 Jan 10];7(9):5500-9. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7818/1/2013_art_caslfreitas.pdf

18. Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2002 Jan-Feb [cited 2011 May 10];10(1):90-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7777.pdf>

19. Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 16th ed. RJ: Jorge Zahar editor; 2003.

20. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto contexto-enferm [Internet]. 2009 Apr-June [cited 2011 May 20];18(2):338-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>

21. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2004 July-Aug [cited 2011 May 25];12(4):631-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a08.pdf>

Submissão: 11/02/2016

Aceito: 05/08/2016

Publicado: 15/09/2016

Correspondência

Liane Colliselli

Rua Bento Gonçalves 25D

Bairro Jardim Itália

CEP 89802-070 – Chapecó (SC), Brasil