

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Marlene Oliveira Vaz Carvalho**

**Orientações de Enfermagem na Alta Hospitalar: contribuições para pacientes diabéticos e cuidadores.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Marlene Oliveira Vaz Carvalho**

**Orientações de Enfermagem na Alta Hospitalar: contribuições para pacientes diabéticos e cuidadores.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Msc. Cláudia RhinowHumphreys**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **Orientações de Enfermagem na Alta Hospitalar: contribuições para pacientes diabéticos e cuidadores** de autoria da aluna **Marlene Oliveira Vaz Carvalho** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Msc. Cláudia Rhinow Humpheys**  
Orientadora

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os pacientes que já passaram pela Unidade de Clínica Médica, com os quais aprendemos muito, seja na troca de experiências, seja na motivação para busca de novos conhecimentos procurando meios para prestar uma assistência de qualidade, como merecem.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de ter participado e estar concluindo este curso, foi para mim uma experiência enriquecedora que me fez refletir sobre muitos aspectos em meu ambiente de trabalho. Agradeço a todos que de qualquer forma contribuíram para esta realização: à minha irmã Ângela por ter viajado comigo para à primeira aula presencial; ao meu esposo Elivar e filhas: Ana Luiza e Letícia pelo apoio e compreensão; especialmente, minha cunhada Viviâne pelo estímulo, presença e cooperação; à tutora Carla Senna pelo incansável estímulo; à orientadora Mestre Cláudia Rhinow Humphreys, a todos as professores e coordenadores envolvidos, pela dedicação, compromisso, seriedade.

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>05</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>13</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>19</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1.</b> Elementos clínicos que levantam suspeita de DM	<b>08</b>
<b>Tabela 2.</b> Valores preconizados para diagnóstico de DM 2 e seus estágios pré-clínicos	<b>08</b>

## RESUMO

Mesmo sendo uma pessoa portadora de doença crônica de longa data, torna-se dependente de um momento para outro, principalmente após uma hospitalização, o que torna uma situação nova e diferente para a família. Esta situação de certa forma impõe à família mudanças e esforços sob muitos aspectos: emocional, físico, social, econômico e espiritual. As dificuldades encontradas e a maneira como são enfrentadas tem grande influência sobre a dinâmica familiar. Observa-se que enquanto o paciente está hospitalizado os cuidados são prestados pela equipe de enfermagem que possui experiência e conhecimento científico, e no momento da alta, atualmente com a desospitalização, o paciente vai para casa cada dia mais cedo, o familiar que até então, tinha apenas uma visão geral da doença, passa a ser o elo entre o paciente e o serviço de saúde, se encontra abalado emocionalmente com a nova situação e sem conhecimentos para dar continuidade ao tratamento no domicílio, recebe somente a receita com a prescrição de medicamentos. Diante deste contexto objetiva-se salientar para os enfermeiros da Unidade de Clínica Médica de um Hospital Público do Distrito Federal, a importância da educação em saúde relacionada aos cuidados com o paciente diabético e seu familiar cuidador na alta hospitalar; e elaborar um Manual para cuidados com o paciente no Domicílio com orientações e informações, que propicie ao familiar cuidador ter condições de desempenhar com segurança os cuidados que o paciente necessita para continuidade do tratamento no domicílio, evitando desgastes físicos e emocionais, e ainda reiternações por complicações.

Palavras-chave: educação em saúde; alta hospitalar; diabetes



## 1 INTRODUÇÃO

As práticas educativas são inerentes ao processo de cuidar em enfermagem. Uma boa comunicação é fundamental para práticas de educação em saúde e humanização da assistência.

Sabe-se que as práticas educativas são inúmeras, porém, sua eficácia continua questionada (CARVALHO, 2008).

O conceito de educação em saúde está ligado à promoção à saúde, que aborda processos que envolvem a participação de toda a população, independente do seu estado de saúde. Isto se ancora no conceito de saúde, considerado um estado positivo e dinâmico de busca pelo bem-estar físico, mental, pessoal e social (MACHADO et al, 2007).

Silva et al 2013, entende que a interação e a integração de ações de educação estão relacionadas a um congregar-se e construir-se a partir do conhecimento e das experiências dos profissionais onde o local de trabalho é considerado como espaço educativo. O que vem de acordo com Carvalho e Montenegro 2012 que afirmam que a eficácia da interação entre o profissional e o usuário depende de um meio de comunicação qualificado. Para tal é preciso que o profissional busque linguagem clara ao transmitir a mensagem.

A postura de educador é o mais importante no processo de educação porque o principal instrumento da relação educativa é o próprio educador. As técnicas devem ser buscadas como recurso auxiliar no processo de educação, devendo não só considerar o porquê como e quando utilizar as técnicas reinventá-las de acordo com as condições de trabalho; e ainda buscar ajuda de manuais já existentes, mas, sobretudo não utilizar as técnicas para substituir o contato mais direto no processo de educação (L'ABBATE, 1994). No entanto Dias e Lopes 2013, afirmam que os recursos disponíveis para realização das ações educativas são importantes para o bom desenvolvimento do trabalho educativo, já que dão suporte para o melhor desempenho do profissional.

Espera-se que as práticas educativas permeiem mudanças de comportamento e melhore a qualidade de vida de pacientes e cuidadores. Silva et al, 2013 observam que, ideologicamente, as mudanças dependem de inúmeros fatores para romper com os paradigmas consignados com a estabilização e a reprodução de antigas práticas, e que as propostas educativas comprometidas com a inovação e a transformação, mesmo que timidamente, começam a delinear novas formas de conceber o processo de trabalho.

A alta hospitalar pode ser definida com a condição que permite a saída do paciente do hospital, sendo um procedimento que engloba todas as maneiras pelas quais o paciente pode deixar o hospital: decorrente da liberação médica; da vontade do próprio paciente ou resultante de óbitos (MARTINS et al apud MARRA et al, 1989).

As orientações informativas e educativas voltadas para a alta hospitalar devem ser voltadas para o paciente, para as conseqüências da doença e para o impacto desta na vida do paciente e dos familiares. Porque de acordo com Martins et al no caso de liberação médica, o momento da alta hospitalar costuma trazer aos pacientes e familiares sentimentos ambíguos satisfação e medo. Satisfação por estar recuperado e voltando para casa, e medo por sentir-se inseguro sem a presença da equipe médica e de enfermagem.

A garantia de continuidade dos cuidados iniciados no âmbito hospitalar depende das orientações na alta hospitalar, uma vez que contribui para a recuperação do paciente, minimiza a insegurança e proporciona melhor qualidade de vida familiar e social, além de prevenir complicações e/ou morbidades e evitar reinternações (CESAR; SANTOS, 2005). Como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e a garantia do atendimento das necessidades do paciente, um programa de alta hospitalar pode contribuir para que o familiar seja capaz de desenvolver ações necessárias, para dar prosseguimento ao tratamento iniciado no âmbito hospitalar (MARTINS et al apud CESAR, SANTOS, 2005).

A alta precoce é uma das estratégias dos sistemas de saúde para enfrentar o alto custo dos tratamentos que necessitam de hospitalização que, no entanto, faz recair sobre o próprio paciente e seus familiares ou cuidadores (MARTINS et al). O paciente retorna para casa tendo que continuar o tratamento, e o familiar cuidador assume a responsabilidade tanto relacionada a assistência, muitas vezes de alta complexidade, quanto com a aquisição de medicamentos, nem sempre, disponíveis na rede pública, tendo que vivenciar uma nova situação, nunca antes vivenciada. Ou seja, transfere os cuidados com a saúde do paciente crônico, com quadro de saúde estabilizado, para o domicílio.

Como estratégia de preparo do paciente para assumir a responsabilidade pela continuidade do seu cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca o planejamento de alta do paciente. O plano de alta foi desenvolvido em decorrência das novas diretrizes básicas dos sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde, que tem como base os valores da integralidade das ações e serviços de saúde. Sua finalidade

é prover uma transferência segura, evitando dificuldades para o paciente e seus cuidadores, reinternações e, conseqüentemente, contenção dos custos pelo sistema de saúde (GANZELLA e ZAGO, 2008).

O Diabetes Mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de indivíduos afetados, incapacitações, mortalidade prematura, como custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações agudas e crônicas (COMIOTTO e MARTINS, 2006). Ao assistir o indivíduo com diabetes, destaca-se a necessidade do olhar holístico, num entendimento profundo e significativo da pessoa com a doença, e da diversidade dos contextos socioculturais que estão inseridos neste processo (BORBA et al, 2012).

O número de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) está crescendo e, conseqüentemente, também a frequência das complicações a longo prazo associadas, comprometendo produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, além de envolver um alto custo em seu tratamento e acompanhamento.

É descrito pelo Ministério da Saúde que o DM e a Hipertensão Arterial são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Existem programas do Ministério da Saúde para acompanhamento e espera-se que o paciente participe ativamente para que possa ter controle da glicemia e desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

Este trabalho se justifica por meio da importância de se discutir com enfermeiros de uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Público do Distrito Federal a importância da educação em saúde relacionada aos cuidados com o paciente portador de diabetes na alta hospitalar e elaborar um Manual para cuidados no domicílio, com orientações/ informações para o familiar/cuidador de pacientes com diabetes Mellitus, com o intuito de ser parte complementar das orientações dadas na alta dos pacientes e não para substituir a comunicação que deve existir entre os profissionais com o paciente e o familiar cuidador.

Tem como objetivo geral a elaboração de um Manual para cuidados com o paciente no domicílio com caráter educativo e informativo com orientações para alta hospitalar de pacientes diabéticos e seus familiares cuidadores atendidos na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Público do Distrito Federal.

Objetivos específicos

- 1- Salientar a importância da continuidade dos cuidados com paciente diabético no domicílio;
- 2- Viabilizar a continuidade do tratamento com segurança para o paciente e cuidador;
- 3- Evitar desgaste físico, emocional e psicológico para o paciente e cuidador.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O diabetes mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e a disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud ALFRADIQUE, 2009).

Observamos em nossa unidade de internação que os pacientes diabéticos e seus familiares cuidadores tanto na primeira quanto nas reinternações apresentam dúvidas relacionadas ao diabetes, percebemos que a grande maioria relaciona diabetes somente ao consumo de açúcar, desconhecem que o termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (Ministério da Saúde apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Estas anormalidades contribuem tanto para as complicações agudas quanto crônicas da doença.

Percebemos que nem todos os pacientes e familiares cuidadores são alfabetizados e/ou nem todos tem acesso aos recursos de busca de informação nos meios de tecnologia da informação e alguns desconhecem os programas do Ministério da Saúde que garantem tratamento e acompanhamento nas redes básicas de saúde. Quando uma pessoa com uma doença crônica não sabe o que acontece com seu organismo, não sabe enfrentar as dificuldades encontradas, ou seja, o não conhecer contribui para o descontrole da situação.

Diante do exposto pensou-se em elaborar um Manual para Cuidados no Domicílio com caráter informativo e educativo, o qual não deverá substituir a comunicação entre equipe de saúde e paciente, mas nortear as orientações/ informações e ainda servir de guia para o familiar cuidador no domicílio.

### *1-DIABETES*

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos (BRASIL,

2006, p.09). Atinge um grande percentual da população e vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência. Conhecer sua definição, os tipos existentes, o tratamento ajuda muito no controle da doença. O bom controle deste problema ainda na atenção básica de saúde evita hospitalizações e morte por complicações. Para compreender de forma mais detalhada se faz necessário descrever os tipos de diabetes.

## *2-TIPOS DE DIABETES*

### **DIABETES TIPO 1 – Insulinodependente (DMID)**

O diabetes mellitus tipo 1, é caracterizado pela destruição das células beta, ocasionando a deficiência de produção de insulina, sendo comum em 10% dos casos diagnosticados (VIEIRA E SANTOS Apud FLUMIGNAN, 2006). A apresentação do diabetes tipo 1 é abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O termo tipo 1 indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1 A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ocorre com mais frequência em jovens, devido ao pâncreas produzir pouco ou não produzir insulina. Por isso é necessário aplicar insulina através de injeção para suprir essa carência. A quantidade de insulina utilizada pelo paciente varia segundo os seus hábitos, o que remete a importância da conscientização e seguimento do tratamento apresentado pelo médico, o qual busca avaliar sua necessidade frente a realização das injeções diárias de insulina no organismo.

Vieira e Santos descrevem ainda o fato da utilização da insulina artificial estar nitidamente ligada aos hábitos dos pacientes é justificado pela condição de atividades físicas e hábitos alimentares que são essenciais no tratamento do diabetes. O controle das atividades e da alimentação propicia a diminuição da glicemia, o que reduz a quantidade de insulina artificial necessária para o funcionamento do organismo do paciente. Mediante a importância do controle realizado por meio do tratamento

destinado ao diabetes tipo 1, é que se fundamenta a realização dos procedimentos que necessitam ser acompanhados pela equipe de profissionais de saúde junto ao paciente, promovendo condição de vida satisfatória aos pacientes.

#### DIABETES TIPO 2 – Não Insulinodependente (DMNID)

Decorre de uma produção insuficiente de insulina ou de seu funcionamento inadequado no corpo. A existência de insulina é detectada no organismo, sendo produzida pelo pâncreas, no entanto, a glicose não consegue ser absorvida pela célula, ocasionando complicações no organismo. Atinge com mais freqüência: os adultos; pessoas com antecedentes familiares de diabetes; pessoas com excesso de peso. As atividades físicas para as pessoas portadoras de diabetes tipo 2, são essenciais para a manutenção da sua qualidade de saúde, principalmente pelo fato de que, ocorre a redução considerável do gasto calórico, o que propicia o controle por meio do tratamento de suas funções sendo possível estabelecer melhorias relacionadas à saúde sem a utilização de medicamentos (VIEIRA E SANTOS Apud CARDOSO, 2011).

A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral, é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

#### DIABETES GESTACIONAL – É diagnosticado durante a gestação (DMG)

É um estado de hiperglicemia menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE APUD AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

### 3 – *DIAGNÓSTICO*

Segundo descrito no Caderno de atenção a Saúde do MS, os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicada. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para Cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. No DM tipo 2, o início é insidioso e muitas vezes a pessoa não apresenta sintomas. A suspeita da doença é feita pela presença de uma complicação tardia, como proteinúria, retinopatia, neuropatia

periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição. Os dados clínicos resumidos que levantam suspeitas podem ser vistos na tabela 1.

Tabela 1 - Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM

<b>Sinais e sintomas clássicos:</b>	
-	Poliúria;
-	Polidipsia;
-	Perda inexplicada de peso;
-	Polifagia.
<b>Sintomas menos específicos:</b>	
-	Fadiga, fraqueza e letargia;
-	Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
-	Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
<b>Complicações crônicas/doenças intercorrentes:</b>	
-	Proteinúria;
-	Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
-	Retinopatia diabética;
-	Catarata;
-	Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica)
-	Infecções de repetição.
Fonte: DUNCAN, B. B. et al., 2013 apud Ministério da saúde, 2013.	

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem 04 tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico de DM: Glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os critérios diagnósticos para cada um dos exames são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (Hb A 1 C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥ 140 e <120		
Diabetes mellitus	<126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006) apud Ministério da saúde, 2013.

\* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

\*\* Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

A utilização de cada um desses quatro exames depende do contexto diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE APUD WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).



#### 4- COMPLICAÇÕES

As complicações agudas do DM incluem a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250mg/dl, que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperomolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 60 mg/dl. Essas complicações requerem ação imediata das pessoas próximas ao paciente diabético para que o quadro evolua para gravidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

**HIPERGLICEMIA** – É preciso saber alguns sintomas: Sede excessiva (polidipsia); volume urinário excessivo (poliúria); fome excessiva (polifagia); perda de peso; respiração acelerada; apatia; visão embaçada. As causas estão relacionadas a: dose insuficiente da medicação; infecções; abusos alimentares; estresse.

**HIPOGLICEMIA**– Sintomas: tremores; tontura; irritabilidade; fome (polifagia); sonolência; sudorese; desmaios; confusão mental; taquicardia. Normalmente pode acontecer durante ou depois da prática de atividades físicas, se não se alimentar suficientemente; uso de medicamentos em excesso.

O DM não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud SCHMIDT et al, 2010). Por isso a detecção de retinopatia e pé diabético deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Resumidamente as complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabética. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

### *5-CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES*

A assistência de enfermagem para a pessoa portadora de diabetes deve estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

### 3- MÉTODO

Através da experiência vivenciada no ambiente de trabalho, a contextualização com os módulos estudados durante o curso: doenças crônicas não transmissíveis e os trabalhos pesquisados para este estudo relacionados aos termos educação em saúde, alta hospitalar e pacientes diabéticos houve uma reflexão de como estaria a comunicação (educação em saúde) com os pacientes e familiares cuidadores internados na unidade de clínica médica de um hospital público de DF. Percebeu-se que entre equipe de enfermagem e paciente/ familiar cuidador existe uma boa relação, uma troca de experiências, mas talvez não relacionadas ao que realmente precisa que é educação em saúde, neste caso, voltada principalmente para os cuidados pós-alta hospitalar. Existe a necessidade da elaboração de instrumentos para nortear este processo, ou seja, a necessidade de elaboração de protocolos para rotinas na unidade de clínica médica. Com este trabalho pensou-se na elaboração de um Manual para cuidados com o paciente no domicílio com caráter educativo e informativo com orientações para alta hospitalar de pacientes diabéticos e seus familiares cuidadores atendidos na Unidade de Clínica Médica.

São atendidos na unidade citada pacientes adultos, quase todos com necessidade de um acompanhante, e requerem cuidados no leito, como: banho no leito; troca de fraldas; medicações injetáveis e orais; curativos; muitos com alimentação enteral; etc. A unidade atualmente passa por dificuldades relacionadas à falta de recursos humanos: técnicos em enfermagem e enfermeiros, para desempenho das atividades de enfermagem. Alguns cuidados, como por exemplo, troca de fraldas de pacientes, o familiar precisa fazer. O enfermeiro com tantos afazeres burocráticos não disponibiliza tempo para durante a visita de rotina, conhecer a realidade de cada paciente e traçar um plano de orientações para alta, de acordo com o que foi percebido; e nem sempre é registrado em prontuário o que foi orientado ou feito.

Quando paciente sai de alta, o médico lhe entrega a receita com prescrição de medicamentos e o receituário com data de retorno para ser agendado no ambulatório ou centros de saúde. A enfermagem (nem sempre o enfermeiro) preenche um formulário de alta para a sua saída, certifica-se se o mesmo sabe onde agendar o retorno; ele sai com o familiar, necessitando de uma bagagem de conhecimentos/informações para com

segurança desempenhar os cuidados que o paciente necessita para continuidade do seu tratamento no domicílio.

Os pacientes atendidos na unidade, em sua maioria são idosos, acamados dependentes, portadores também de outras doenças associadas, necessitando de cuidados especializados: saem com dieta enteral; alguns com sonda vesical de demora; traqueostomia; úlceras de pressão; além das medicações acrescentadas no tratamento de uso contínuo.

Não foi aplicado instrumento para coleta de dados. Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A elaboração do manual se deu após observação da realidade de trabalho e da necessidade de se ter material impresso para servir de apoio, tendo como pressuposto que a informação escrita pode ajudar reforçando a informação verbal dada durante o período de internação. Buscou-se construir o manual com base nos cuidados básicos que o paciente necessita e que podem gerar dúvidas no cuidador: diabetes; hábitos de vida: alimentação, sono, repouso, atividade física, higiene; medicamentos; mudança de decúbito; prevenção de quedas; sonda nasoentérica; cuidando do cuidador e direitos sociais.

O manual ainda não foi aplicado na prática, foi apresentado aos enfermeiros da unidade que o receberam de forma positiva, vendo como uma ferramenta para facilitar o trabalho e proporcionar a continuidade do trabalho da equipe.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

O planejamento para alta hospitalar deve fazer parte do processo de enfermagem, apesar disso não tem sido priorizado como atividade da enfermagem em nossa unidade de trabalho, nos é imposto a priorização de aspectos imediatos da assistência, não tendo como exercer a atividade educativa e o preparo para a alta. Suzuki et al apud Ginde relatam que estudos recentes apontam que o maior índice de admissões dos pacientes diabéticos no setor de emergência ocorre devido ao controle glicêmico ineficaz, associado à falta de preparo de paciente e família para a alta hospitalar. Assim considerando a necessidade de garantir a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as reinternações, que contribuem ainda mais para elevar os custos do cuidado em saúde, a assistência hospitalar deve ser repensada de forma a ser organizada, multidisciplinar e contemplar o preparo do cliente e família para alta (Suzuki et al, 2011).

Com a construção do Manual para Cuidados com o Paciente no Domicílio espera-se que tanto os pacientes diabéticos quanto seus familiares cuidadores possam apresentar mudanças nos seus estilos de vida para tornar um viver saudável diante da doença, pois de acordo com Comiotto e Martins apud Silva, Diabetes e qualidade de vida são compatíveis. Alguns indivíduos com DM adotam positivamente as mudanças que ocorrem em sua vida, aderindo ao tratamento, tendo boas relações interpessoais, realizando atividades de trabalho e lazer permanecendo com sua autoestima elevada.

Foi proposto uma reflexão sobre a realidade existente na unidade de clínica médica: de não existir de fato uma educação em saúde, relacionada a orientações para alta hospitalar e apresentação do Manual para Cuidados com o Paciente no Domicílio como sugestão de planejamento para alta hospitalar. Isso motivou os enfermeiros da referida unidade a desenvolver o Processo de Enfermagem, tendo como referencial o disposto na resolução/COFEN – 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Ao enfermeiro incumbe privativamente a implantação, execução e avaliação do processo de Enfermagem: Consulta de Enfermagem – compreende o histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminadas a seguir:

**Histórico** – conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

**Exame físico** – o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e o registro das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

**Diagnóstico de Enfermagem** – o enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

**Prescrição de Enfermagem** – é o conjunto de medidas traçadas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

**Evolução de Enfermagem** – é o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação de estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas vinte quatro horas subseqüentes.

Considera-se que o planejamento da alta hospitalar é um procedimento de responsabilidade interdisciplinar. Entretanto, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e, portanto, coordenação do planejamento da alta. Este profissional deve avaliar as habilidades do paciente para o autocuidado, assim como o interesse e as condições da família em ajudá-lo, visto que o plano de alta tem como finalidade tornar o paciente independente para seu cuidado no domicílio e/ou o adequado preparo da família para assumir tais cuidados. O envolvimento da família é de total importância (SUZUKI et al, 2011).

Com o propósito da sistematização da assistência de enfermagem na unidade citada foram propostos encontros semanais com enfermeiras da unidade para busca, leitura, discussão, compreensão e interpretação de artigos científicos e elaboração de instrumento para desenvolvimento do processo de enfermagem, incluindo o

planejamento da alta hospitalar. Foi percebido em todos os enfermeiros da referida unidade o desejo de trabalhar em um local onde aconteça a sistematização em enfermagem.

O manual foi elaborado com as informações sobre cada assunto separado, em pranchas avulsas e independentes, de modo que possa entregar ao familiar cuidador somente a prancha com a informação de que necessita, para não gerar excesso de informação, ou mesmo preocupação, de ver algumas situações que não seja o caso do seu paciente.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em nossa prática diária observamos que nós enfermeiros somos sobrecarregados com tantas atividades envolvendo registros, relatórios, disponibilidade de tempo para documentar em sistema de informação eletrônico, nem sempre disponível, e outras atividades burocráticas. Sendo assim nos deparamos com o desafio de administrar o tempo para que todas as tarefas sejam cumpridas integralmente e com qualidade na prestação da assistência. Nem sempre paramos para refletir se estamos realmente praticando educação em saúde.

Diante de tantas responsabilidades o enfermeiro também tem a função de educador, a qual é inerente à sua profissão. Com este trabalho espera-se que os enfermeiros da unidade de clínica médica de um hospital público possam, após refletir a atual situação de rotinas/comunicação, se organizar para desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem incluindo um planejamento para alta hospitalar, ou seja, possam desde a admissão do paciente, conhecer cada caso de forma individualizada e traçar um planejamento de acordo com a realidade de cada paciente, de forma sistematizada.

Espera-se também que seja elaborado um manual incluindo todas as doenças crônicas transmissíveis, não ficando somente com este, voltado ao paciente diabético.

Com a proposta da sistematização da assistência de enfermagem e a utilização do manual acreditamos que possa melhorar a comunicação dos enfermeiros com pacientes e familiares cuidadores e ainda nortear as orientações prestadas desde o momento da admissão até a alta hospitalar com otimização do tempo, garantindo promoção do auto cuidado e equilíbrio emocional, físico, social, econômico e espiritual.



## REFERÊNCIAS

- BORBA, A. K.O. T.; MARQUES, A. P.O.; LEAL, M. C.C.; RAMOS, R. S. P.S. **Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura.** Rev. Gaúcha Enferm. vol.33 no.1 Porto Alegre Mar. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica – nº36, Brasília, DF, 2013. Disponível em [www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes](http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes)
- CARVALHO,B.G.; MONTENEGRO, L.C. **Metodologias de Comunicação no Processo de Educação em Saúde.** R. Enferm. Cent. O. Min, maio/ago; 2(2): 279-287. 2012.
- CARVALHO,V. L.S.; CLEMENTINO, V.Q.; PINHO,L. M. O. **Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005.**RevBrasEnferm, Brasília mar-abr; 61(2): 243-8, 2008.
- CESAR, A M.; SANTOS B.L. **Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar.** Revista Brasileira de Enfermagem V.58 nº6 Brasília Nov-dez./dec, 2005.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Disponível: [www.portalfcofen.gov.br/resolucao](http://www.portalfcofen.gov.br/resolucao)
- COMIOTTO, G.; MARTINS, J.J. **Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio.** Artigo Originais. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol.35,nº3 2006.
- DIAS, G. A. R.; LOPES,M. M. B. **Educação em saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária.** RevEnferm UFSM Set/Dez;3(3):449-460, 2013.
- GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. **A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura Enfermagem Brasil.** Rev. Acta Paul. Enferm. Vol. 21 no. 2 São Paulo 2008.
- L'ABBATE, S. **Educação em saúde: uma nova abordagem.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (4): 481-490, out/dez, 1994.
- MACHADO,M.F.A.S.;MONTEIRO,E.M.LM.;QUEIROZ,D.T.;VIEIRA,N.F.C.; BARROSO, M.G.T. **Integralidade,formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** Ciênc Saúde Coletiva,12(2):335-42, 2007.
- MARTINS, A.C. S.; SILVA, J. G.; FERRAZ, L. M. **Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores.** Disponível em [www.convibra.org.br](http://www.convibra.org.br) acesso em 26/03/2014.
- PEREIRA, A. P.S.; TESSARINI, M. M.; PINTO, M. H.; OLIVEIRA, V. D. C. **Alta Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras.** R Enferm UERJ, jan/mar, 15(1)40-5, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.;HILDEBRANDT,L.M.;PINNO,C. **Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço.** Rev Enferm UFSM mai/ago;3(2): 296-306. 2013.
- SUZUKI, V. F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M. H.M. **Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta: Relato de Experiência.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(2):527-32.

VIEIRA, V. H.F. B.; SANTOS, G. S. **O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada.** Disponível em [www.redentor.enf.br/arquivos/pos/publicacoes](http://www.redentor.enf.br/arquivos/pos/publicacoes).

## APÊNDICES E ANEXOS

### MANUAL INFORMATIVO PARA CUIDADOS COM O PACIENTE DIABÉTICO NO DOMICÍLIO

Este manual objetiva enumerar algumas informações básicas, para o cuidado do paciente no domicílio, buscando proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes e consequentemente àqueles que os cercam.

#### 1 - DIABETES

##### O que é Diabetes?

Diabetes é uma doença de causas variadas, devido à falta total ou parcial de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer suas funções. Como consequência as células não aproveitam adequadamente a glicose no sangue, provocando sua elevação.

##### O que é Insulina?

É um hormônio produzido no pâncreas que controla o nível de glicose no sangue.

##### Como se Descobre o Diabetes?

- Através de exame de sangue (dosagem da glicose em jejum) – normal: até **110mg/ml**;
- Através do exame de urina (presença de glicose na urina) – **normal: negativo**.

#### Principais Tipos de Diabetes

##### *Diabetes Tipo 1 (DM 1)*

Neste tipo de diabetes, o pâncreas não produz a insulina e, por isso, ela tem que ser administrada diariamente.

O DM 1 é frequente na infância e adolescência, podendo, também, aparecer na idade adulta.

##### *Diabetes Tipo 2 (DM 2)*

Decorre de uma produção insuficiente de insulina ou de seu funcionamento inadequado no corpo. Este tipo de Diabetes tem como fatores precipitantes o **excesso de peso** e a **vida sedentária**. Frequentemente, aparece em pessoas com idade acima de 40 anos, que tenham outros casos de diabetes na família. Mas, nos últimos anos, tem-se observado um aumento crescente na prevalência de DM 2 em crianças e adolescentes.

## O que Causa Diabetes?

A causa exata da doença ainda não é conhecida. Provavelmente exista várias causas em cada tipo, variando de pessoa para pessoa. Ainda não se sabe se a etiologia está relacionada a um defeito herdado, um fator ambiental (vírus, obesidade), ou à interação da herança e dos fatores ambientais. No DM 1 acredita-se que estejam envolvidos fatores genéticos ou virais ou uma resposta auto imune, isoladas ou associadas. No DM 2, o fator genético e a obesidade representam um papel significativo.

## Complicações Mais Comuns

- **Hiperglicemia:** Se o açúcar no sangue estiver alto.

### Sintomas:

- ✓ Volume urinário excessivo;
- ✓ Cansaço, fadiga;
- ✓ Dor abdominal;
- ✓ Respiração acelerada;
- ✓ Vômitos;
- ✓ Sede.

### Causas:

- ✓ Dose insuficiente da medicação;
- ✓ Infecção;
- ✓ Abusos alimentares;
- ✓ Estresse.

**O que fazer: 1-** Não deixe de tomar os medicamentos nos horários prescritos pelo seu médico;

2- Faça o teste da glicemia com mais frequência, no mínimo, a cada quatro horas, até normalizar;

3- Para evitar a desidratação, tome bebidas sem açúcar em abundância;

4- Procure serviço médico se o nível da glicemia se mantiver alto ou se os testes de cetonas derem resultado positivo.

- **Hipoglicemia:** Se o açúcar no sangue estiver baixo.

### Sintomas:

- ✓ Tremores;
- ✓ Suores;
- ✓ Batimentos cardíacos acelerados;
- ✓ Sonolência;
- ✓ Possíveis desmaios ou inconsciência;
- ✓ Mal humor e irritação;
- ✓ Fome.

### Causas:

- ✓ Dosagem excessiva de insulina ou hipoglicemiantes orais;
- ✓ Não ter comido o suficiente;
- ✓ Excesso de esforço físico;

### O que fazer:

- Ingerir uma fonte de açúcar, como:
  - tomar um copo de suco ou refrigerante dietético ou um copo de água com açúcar ou chupar duas a quatro balas;
  - Depois de quinze minutos após ter ingerido alguma fonte de açúcar, se ainda estiver com sintomas de hipoglicemia, coma mais um pouco;
  - Sempre que tiver condições, faça o teste de glicemia após ter se alimentado;
  - Se desmaiar deve ser levado ao pronto socorro imediatamente. Pode-se molhar o dedo com mel e esfregar na parte interna da bochecha;
  - Informar o ocorrido ao seu médico para investigar se há necessidade de ajustar medicação.



### Diabetes: Como Cuidar?

- ✓ Alimentação balanceada;
- ✓ Atividade física;
- ✓ Monitorização;
- ✓ Medicação.

#### Alimentação Balanceada: Como conseguir?

O profissional Nutricionista é o mais indicado para ajudá-lo a planejar sua alimentação levando em conta: o peso e altura; atividade física; nível de açúcar no sangue, de acordo com resultado de exame.



## MUDANÇA DE DECÚBITO

Mude de posição o paciente acamado a cada duas horas durante o dia e a cada três horas durante a noite.

Sente e ande com o paciente quando possível, pois esses cuidados evitam deformidades e pressões anormais na pele que podem causar irritações ou ferimentos (escaras).

### Quais os Fatores de Risco para Surgimento de Úlceras de Pressão?

- ✓ Falta de atividade e movimento;
- ✓ Desnutrição;
- ✓ Emagrecimento;
- ✓ Sudorese;
- ✓ Incontinências (urinária e fecal);
- ✓ Doença vascular;
- ✓ Inchaço localizado;
- ✓ Desidratação;

### Como Prevenir Úlceras de Pressão?

- ✓ Evitar o uso de travesseiros cobertos de plástico ao posicionar o paciente;
- ✓ Manter a pele limpa, especialmente quando os pacientes não conseguem controlar as funções urinárias e intestinal;
- ✓ Manter a pele hidratada;
- ✓ Usar colchões que aliviam a pressão na pele;
- ✓ Acolchoar áreas como: calcanhares, cotovelos e tornozelos;

**Como Fazer Mudança de decúbito?** Posicionar do lado para o qual se quer virar o paciente

#### Decúbito Lateral:

- ✓ Aproximar o paciente para a beira do lado oposto da cama;
- ✓ Virá-lo para o seu lado com movimentos firmes e suaves;
- ✓ Apoiar as costas do paciente com o travesseiro ou rolo de cobertor;
- ✓ Colocar travesseiro sob a pescoço e cabeça;
- ✓ Posicionar outro travesseiro entre as pernas e dobrar a perna de cima;

#### Decúbito Dorsal:

- ✓ Colocar o travesseiro sob a cabeça e o pescoço;
- ✓ Posicionar travesseiro embaixo dos joelhos até tornozelos, deixando os calcanhares livres;
- ✓ Apoiar os braços com os cotovelos levemente dobrados.

## PREVENÇÃO DE QUEDAS

Cair não é normal. As quedas frequentes são sinal de que alguma coisa está errado.

### Como Prevenir Quedas?

Dentro de casa:

- ✓ Deixar os caminhos livres, retirando móveis e entulhos;
- ✓ Retirar tapetes soltos, cordões e fios (telefone, extensões) do assoalho;
- ✓ Não deixar animais soltos;
- ✓ Não encerar pisos;
- ✓ Manter uma iluminação adequada para o dia e noite, principalmente onde o paciente transitar;
- ✓ As escadas devem ter corrimão, boa iluminação e piso antiderrapante na aborda dos degraus;
- ✓ Substituir ou consertar móveis instáveis;
- ✓ Evitar cadeiras muito baixas e camas muito altas (devem ter a altura do joelho do paciente);
- ✓ Evitar o uso de chinelos, saltos e sapatos de sola lisa;
- ✓ Não deixar o paciente andar somente de meias;
- ✓ Guardar os objetos mais usados ao nível do olhar ou um pouco mais embaixo;
- ✓ Instalar barras de apoio próximo ao chuveiro e vaso sanitário;
- ✓ Usar cadeira própria para banho, manter um banquinho para lavagem dos pés;
- ✓ Usar tapetes antiderrapantes;
- ✓ Não trancar a porta do banheiro.

- Fora de casa:

- ✓ Evitar transitar em calçadas irregulares e pouco iluminadas;
- ✓ Fazer uso de apoio: bengalas, muleta ou andador;
- ✓ Usar sapatos sem saltos, fechados e solado antiderrapante;
- ✓ Caminhar em calçadas;
- ✓ Atravessar as ruas somente nas faixas de pedestre, sempre olhando nas duas direções e tomando cuidado todos os veículos, inclusive moto e bicicleta;
- ✓ Atravessar as ruas no sinal luminoso, somente após os carros pararem;

### **Dicas Importantes:**

- Evitar levantar rapidamente após acordar; esperar alguns minutos, antes de sentar e de caminhar;
- Estimular o paciente à prática de atividades de coordenação e concentração como dança, artesanato, palavras cruzadas e jogos.
- Se mesmo com os cuidados, o paciente ainda sofrer queda, deve procurar imediatamente o médico.

## **O que é Alimentação por Sonda?**

A alimentação por sonda é feita para suprir as necessidades nutricionais do paciente, quando a ingestão oral é inadequada ou não é possível. A sondagem para alimentação, consiste na inserção de um tubo fino de plástico ou borracha dentro do estômago ou intestino através do nariz ou boca.

### **Quais os tipos de sonda?**

- Nasoenteral: Sonda introduzida em uma das narinas ou boca e posicionada no intestino (jejuno proximal);
- Gastrostomia: A sonda é posicionada no estomago através de uma ostomia (abertura cirúrgica no estomago);
- Jejunostomia: A sonda é posicionada no jejuno através de uma ostomia (abertura cirúrgica no jejuno).

### **Quais os tipos de dieta?**

- Caseira: Feita com alimentos in natura. Este tipo de dieta é melhor aproveitado via gastrostomia. Caso seja administrado via sonda nasoenteral, a dieta deverá ser mais diluída e não atingirá as necessidades de nutrientes por dia. A Vantagem é o baixo custo e a desvantagem é o maior risco de contaminação e a pouca praticidade;
- Industrializada em pó: apresentação em latas e sachês. A preparação deverá seguir as orientações contidas nos rótulos. A vantagem é que o preparo é fácil e prático, o risco de contaminação é menor, comparado ao da dieta caseira e a desvantagem é o custo elevado.
- Industrializada líquida: Apresentação em lata, sistema fechado. A preparação também deverá seguir as orientações contidas nos rótulos. A vantagem é maior praticidade e menor risco de contaminação é menor, comparado aos outros tipos de dieta e a desvantagem é o alto custo.

### **Recomendações Importantes**

- Antes de preparar a dieta, lave as mãos com água e sabão;
- Use água filtrada ou fervida na preparação da dieta;
- A dieta não deve ser administrada quente, morna ou fria, sempre em temperatura ambiente, evitando cólicas e eventuais diarreias;
- Administrar após cada dieta 50 ml de água filtrada na seringa para lavar a sonda, evitando acúmulo de resíduos e obstrução da sonda;
- Observar o prazo de validade das dieta, após preparada, e manter devidamente refrigerada, caso tenha sido preparada com antecedência;



- Todos os utensílios utilizados para o preparo da dieta do paciente deverão ser separados e usados unicamente para esse fim;
- A higienização dos utensílios deverá ser com água corrente e sabão neutro. Isso vale também para os frascos plásticos, os quais podem ser reutilizados por tempo limitado (um por dia).



### **Higienização dos Utensílios e Frascos**

- A higienização dos utensílios deverá ser com água corrente e sabão neutro. Isso vale também para os frascos plásticos, os quais podem ser reutilizados por tempo limitado (um por dia).
- Usar para higienização dos frascos pode também, preparar uma solução com 01 litro de água filtrada ou fervida e 25 gotas (ou 01 colher) de hipoclorito de sódio e deixar os frascos por 01 hora, enxaguar em água corrente e deixar secar naturalmente em ambiente limpo.

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL**

### **O que é incontinência?**

É a incapacidade do paciente de controlar a eliminação de fezes e urina.

### **Dicas para Problema de Incontinência Urinária**

- Primeiramente procure não causar constrangimento ou ficar com sentimento de raiva do paciente, pois além de não ser culpa dele, pode deixá-lo também constrangido e triste, pouco cooperativo e até muito agitado;
- Não deve diminuir a ingestão de líquidos para o paciente urinar menos, pode causar desidratação e piorar o quadro clínico. Uma boa hidratação com água e sucos é importante para a saúde.
- Durante o dia, se o paciente não for acamado, procure levá-lo ao banheiro em intervalos regulares;
- Evitar o uso de roupas no paciente difíceis de retirar ou abrir;
- É indicado o uso de fraldas descartáveis geriátricas, conforme a necessidade;
- Não deixar fraldas molhadas no corpo por muito tempo, causa assaduras e lesões na pele. É necessário fazer uma boa higienização com água e sabão a cada troca para retirar os resíduos de fezes e urina.
- Nas pacientes mulheres a higienização ineficaz causa infecções urinárias. Ao realizar a limpeza, sempre limpar a região anal de frente para trás, ou seja, da vagina para o ânus, evitando levar fezes para o canal da urina;
- Observar se a fralda amanhece muito molhada, se sim, é necessário uma troca na madrugada;
- Observar se o paciente estiver agitado, pode ser sinal de que queira urinar ou evacuar. Se usar fralda, pode ser sinal para trocá-la.
- É necessário uma dieta equilibrada, rica em fibras, para evitar intestino preso e uso de laxantes ou lavagens.

## HIGIENE CORPORAL

### O que é higiene?

São práticas que promovem a saúde através da limpeza pessoal. Inclui: banho, higiene oral, higiene dos cabelos e limpeza das unhas.

### Quais as funções da limpeza?

- ✓ Eliminação de cheiros desagradáveis;
- ✓ Redução do risco de infecções;
- ✓ Estimulação da circulação;
- ✓ Oferecimento de sensação refrescante;
- ✓ Melhora da auto-imagem.

Lave sempre as mãos, ANTES e DEPOIS de qualquer cuidado com o paciente.

### Banho e Higiene Pessoal

O banho é uma atividade comum e de fácil realização, porém pode ser causa de momentos estressantes e perigosos devido a alguns aspectos que devem ser observados para, se for o caso, procurar resolver:

- Perda ou diminuição da auto estima;
- Traumas devido a má condução desta atividade, no passado (banho muito quente, ou muito frio, vergonha, zombaria);
- Problemas de memória: esquecimento (o paciente acha que já banhou);
- Quedas no banheiro;
- Sabonete nos olhos;
- Familiar cuidador sem paciência na condução da atividade, com palavras bruscas;
- Fatores climáticos (tempo frio) e culturais.

### Dicas para problema com banho e higiene

- ✓ A rotina do banho é essencial. Mudanças de horário e da maneira de como conduzir o banho devem ser evitadas;
- ✓ O cuidador deve, na medida do possível, deixar que o paciente realize (quando estiver em condições) a tarefa de banhar-se. A melhor maneira do cuidador agir é na condição de incentivador e auxiliar;
- ✓ Antes de chamar o paciente para o banho, o cuidador deve preparar tudo que for necessário: toalha, roupas, shampoo, sabonete; pode ser arriscado deixar o paciente sozinho, confuso e molhado num ambiente potencialmente perigoso;
- ✓ Banho de chuveiro, com água em abundância e temperatura agradável são requisitos indispensáveis;

- ✓ Após o banho, o paciente deve ser estimulado a secar-se (se tiver condições) o cuidador deve supervisionar e observar principalmente entre os dedos dos pés e nas dobras do corpo;
- ✓ É importante o uso de um bom creme hidratante para manter a pele hidratada. Os movimentos circulares com as mãos estimula a circulação sanguínea;
- ✓ Deve também estimular o paciente a vestir-se, oferecendo uma peça de cada vez,
- ✓ auxiliando-o se for necessário;
- ✓ A hora do banho também é um ótimo momento para fazer uma revisão da pele, unhas e cabelos, observando se existe alguma lesão que não esteja visível, hematomas, rachaduras na pele ou nos pés;
- ✓ As unhas devem ser cortadas semanalmente;
- ✓ Deve-se manter uma atitude firme em relação ao paciente que recusa fazer sua higienização ou deixar o cuidador fazê-la. Deve evitar discussão;
- ✓ Deve evitar correntes de ar (friagem), para que o paciente não esfrie.



## **Banho no Leito**

### **O que é banho no leito?**

Quando o paciente não tem condições de ir até o chuveiro é realizado o banho na cama ou leito.

- Lave as mãos antes de iniciar;
- Tire as roupas pessoais do paciente e da cama, deixe apenas o lençol de baixo;
- Coloque um plástico coberto por uma toalha seca por baixo da pessoa e da parte a ser lavada;
- Cubra o resto do corpo do paciente com um lençol ou colcha;
- Ponha uma bacia de água morna junto à cama;
- Lave da cabeça para os pés (as mãos e os pés podem ser colocados dentro da bacia).
- Esfregue o corpo do paciente com água morna e sabonete, usando para isso um pano ou uma esponja macia;
- Remova todo o sabonete enxaguando com o pano e cubra imediatamente;
- Troque a água da bacia várias vezes e não deixe que fique fria;
- A higiene íntima do paciente deve ser feita separada ou por último no banho e o pano ou esponja não podem ser os mesmos.

## HIGIENE ORAL (BOCA E DENTES)

A higiene oral é um fator essencial para a manutenção e prevenção do aparecimento de infecção na boca. Deve ser feita: pela manhã, após as refeições e/ou quando necessário e a noite.

### Qual a finalidade da higiene oral?

- ✓ Limpeza e conservação dos dentes;
- ✓ Prevenir infecções;
- ✓ Combater infecção já instalada;
- ✓ Dar conforto e bem estar ao paciente.



### Como fazer higiene oral?

Lave as mãos e prepare o material necessário colocando-o sobre a mesa de cabeceira:

- Preparar bandeja contendo: um pote pequeno, copo com água, escova de dente, creme dental, fio dental, canudinho;
- Avisar ao paciente o que vai fazer;
- Eleve a cabeceira da cama;
- Proteja a roupa de cama e a roupa do paciente;
- Ofereça o fio dental, depois a escova de dentes, contendo creme dental;
- Peça ao paciente para escovar os dentes e depois fazer limpeza da língua(se tiver condições);
- Ofereça água para o paciente enxaguar a boca, oferecer também o pote para recolher a água;
- Use canudinho para oferecer água quando o paciente não puder sentar;
- Enxague a boca do paciente;
- Deixe o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Lave e guarde a escova em local apropriado;
- Lavar as mãos.

**BIBLIOGRAFIA USADA NO MANUAL**

RODRIGUES, R.DIOGO, MJD. **Como Cuidar dos idosos**. Editora Papirus, 2ª edição, 1996.

ABREU, C.B.B.; RIBEIRO,MI.;PIRES, N.R. **Cuidando de quem já cuidou** – Ed. Atheneu – SP – 2009.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**, Guanabara Koogan, 7ª Ed. V.1.

PORTAL DIABETES BAYER. Pesquisa em: [www.portaldiabetes.com.br](http://www.portaldiabetes.com.br)

IMAGENS. Diabetes, higienização das mãos e alimentos, Banho, Higiene oral. [www.google.com.br](http://www.google.com.br) acesso em 11/05/2012.